

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

THAIANE ALMEIDA SILVA

GUIA PRÁTICO PARA O DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA
DO PACIENTE: UM MODELO DE MÉTODOS MISTOS

CURITIBA

2021

THAIANE ALMEIDA SILVA

GUIA PRÁTICO PARA O DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA
DO PACIENTE: UM MODELO DE MÉTODOS MISTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karla Crozeta
Figueiredo

CURITIBA

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Thaianne Almeida

Guia prático para o diagnóstico da cultura de segurança do paciente [recurso eletrônico]: uma abordagem de métodos mistos / Thaianne Almeida Silva – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

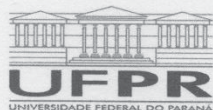
Orientadora: Profa. Dra. Karla Crozeta Figueiredo

1. Segurança do paciente 2. Cultura organizacional. 3. Enfermagem-Organização e administração. I. Figueiredo, Karla Crozeta. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.10425

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **THAIANE ALMEIDA SILVA** intitulada: **GUIA PRÁTICO PARA O DIAGNÓSTICO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UM MODELO DE MÉTODOS MISTOS**, sob orientação da Profa. Dra. KARLA CROZETA FIGUEIREDO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 26 de Fevereiro de 2021.

Assinatura Eletrônica

03/03/2021 05:55:29.0

KARLA CROZETA FIGUEIREDO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/03/2021 16:28:19.0

LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/03/2021 08:59:32.0

CLAUDIA TARTAGLIA REIS

Avaliador Externo (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Av. Pref. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 78519

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 78519

Dedico este trabalho à minha mãe, por ser uma mulher guerreira que esteve sozinha comigo nas situações mais difíceis que já experienciei, e que vibra a cada conquista minha!

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Deus, pois sem Ele, obra humana alguma pode ser completada. A Ele toda Honra, toda Glória e todo Louvor.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e me incentivaram, além de terem construído os fundamentos do caminho da educação, preparando-o para que o percorresse, sem nem ao menos ter garantias das minhas escolhas.

Sou grata a todas as professoras da pós-graduação por toda disseminação de conhecimento e principalmente à minha orientadora, por ter qualidades honrosas. Grata a toda confiança recebida para assumir prazos e responsabilidades, ao espaço dado para fomentar ideias e juntas construirmos o melhor caminho disponível para esta pesquisa, em um momento que exigiu adaptação e resiliência.

Aproveito para agradecer os bons momentos de descontração e parceria no nosso pequeno grupo de pesquisa (GPPGPS) e pela oportunidade que tive de contribuir com outras pesquisas e produções. Agradeço a confiança!

E por falar em parcerias, sou grata aos meus colegas do mestrado, aqueles que estiveram juntos em diversas atividades durante o único ano presencial que tivemos, e àquele todo especial que esteve até a conclusão desta pesquisa, o querido amigo Robson Giovani Paes. Obrigada por tudo!

Por fim e não menos importante, agradeço ao meu noivo Hiago Pol por me apoiar, mesmo que para ser mestre fosse necessário vivermos em cidades distantes. Mesmo que fosse preciso investir dobrado em um relacionamento a distância. Eu te amo e sei que todo o nosso esforço será para o nosso bem comum.

*The single greatest
impediment to patient safety
is that we punish people for
making mistakes.*

Lucian Leape

RESUMO

Introdução: Avaliar a cultura de segurança do paciente é imprescindível. Esta prática tem sido realizada nas diversas Organizações de Saúde ao redor do mundo e revela os pontos fortes e as fragilidades, possibilitando a discussão de estratégias e processos decisórios em prol do fortalecimento da assistência segura.

Objetivo: Elaborar um Guia Prático para o Diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente que integre dados quantitativos e qualitativos.

Método: Trata-se de pesquisa metodológica, com execução do procedimento teórico de Pasquali (2010). Os procedimentos incluíram revisão de escopo, elaboração de um modelo gráfico de diagnóstico de cultura de segurança do paciente com abordagem de métodos mistos e validação de conteúdo por um painel de especialistas. A avaliação do constructo se deu mediante a técnica Delphi *Online*. Foi considerado como índice de validade de conteúdo (IVC) o valor $\geq 0,85$, baseado no quantitativo de especialistas e nas características do construto. Fizeram parte do painel de especialistas profissionais com no mínimo cinco pontos do critério para a seleção de especialistas de Joventino (2010). Participaram da primeira rodada 28 profissionais da equipe multiprofissional e da segunda, 20 profissionais. As avaliações transcorreram via plataforma *Survey Monkey®*, totalizando duas rodadas de consenso.

Resultados: A revisão de escopo indicou três pontos críticos relacionados aos aspectos metodológicos dos estudos de cultura de segurança do paciente: 1) indistinção conceitual entre os termos “Cultura” e “Clima”, 2) uso exclusivo de questionários para acessar a cultura de segurança, e 3) participação de apenas um estrato profissional nas pesquisas de cultura de segurança do paciente. Foi elaborado inicialmente um modelo gráfico e a ser validado por um comitê de especialistas. Foram avaliados quatro itens – Título Geral, Etapas, Detalhamento da Etapa e Método - em relação à quatro componentes – *Layout*, Cores, Fonte e Conteúdo -. A média dos IVCs de cada componente na primeira rodada foram, respectivamente, 0,86; 0,60; 0,68 e 0,84. A segunda rodada de consenso culminou na validação do conteúdo do modelo gráfico e na elaboração e validação de um *Checklist* para o diagnóstico de cultura de segurança do paciente. O Item “Detalhamento da Etapa” foi substituído pelo *Checklist*. As médias obtidas na segunda rodada para cada componente foram, na mesma ordem, 0,96; 0,91; 0,95 e 0,86. Os produtos validados serão incorporados como produto final, em formato *e-book*, no Guia Prático para o Diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente, o qual será submetido à processo de editoração e conterá os seguintes elementos: a) *Background* de Segurança do Paciente; b) Fundamentação teórico-metodológica do diagnóstico de Cultura Organizacional; c) Modelo gráfico validado; d) *Checklist* validado.

Conclusão: O diagnóstico da cultura de segurança do paciente por meio da abordagem de métodos mistos tem sustentação na literatura. Uma abordagem integrativa imputa sinergia entre os componentes metodológicos e promove um diagnóstico da cultura de segurança do paciente mais assertivo. O Guia Prático sobrepuja a prática de aplicação única de questionários para avaliar a cultura de segurança, ao apropriar-se da abordagem de métodos mistos como método propício ao modelo proposto de diagnóstico de cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura organizacional. Gerenciamento de enfermagem. Abordagens metodológicas. Métodos mistos.

ABSTRACT

Introduction: Assessing the patient safety culture is essential. This practice has been carried out in different Health Organizations around the world and reveals both strengths and weaknesses, thus enabling the discussion of strategies and decision-making processes in favor of strengthening safe care. **Objective:** To Develop a Practical Guide for the Diagnosis of the Patient Safety Culture using the mixed methods approach. **Method:** This is methodological research, with the execution of the theoretical procedure by Pasquali (2010). The procedures included scope review, development of a graphic model of diagnosis of patient safety culture with the mixed-methods approach, and content validation by a panel of experts. The construct was evaluated using the Delphi Online technique. The content validity index was considered to be ≥ 0.85 , based on the number of specialists and the characteristics of the construct. The expert panel included professionals with at least five points of the criterion for the selection of experts by Joventino (2010). 28 professionals from the multi-professional team participated in the first round and 20 professionals in the second round. The evaluations took place via the Survey Monkey® platform, totaling two rounds of consensus until the final version of the construct. **Results:** The review indicated three critical aspects related to the methodological aspects of patient safety culture studies: 1) conceptual indistinction between the terms “Culture” and “Climate”, 2) exclusive use of questionnaires to access the safety culture, and 3) participation of only one professional stratum in the safety culture research of the patient. A graphic model was initially developed and to be validated by a committee of experts. Four items were evaluated - General Title, Stages, Detail of the Stage, and Method - concerning the four components - Layout, Colors, Font, and Content -. The average CVI of each component in the first round was, respectively, 0.86, 0.60; 0.68, and 0.84. The second round of consensus culminated in the validation of the content of the graphic model and the elaboration and validation of a Checklist for the diagnosis of patient safety culture. The item “Detailing of the Stage” was replaced by the Checklist. The averages obtained in the second round for each component were, in the same order, 0.96; 0.91; 0.95, and 0.86. The validated products will be incorporated as a final product, in e-book format, in the Practical Guide for the Diagnosis of the Patient Safety Culture, which will be submitted to the editing process and will contain the following elements: a) Patient Safety Background; b) Theoretical-methodological basis for the diagnosis of Organizational Culture; c) Validated graphic model; d) Validated checklist. **Conclusion:** The diagnosis of patient safety culture by the mixed methods approach is supported by the literature. An integrative approach attracts synergy between the methodological components and promotes a more assertive diagnosis of patient safety culture. The Practical Guide surpasses the practice of single application of questionnaires to assess the safety culture, by appropriating the approach of mixed methods as a method conducive to the proposed model of diagnosis of patient safety culture.

Keywords: Patient safety. Organizational culture. Nurse management. Mixed Methods.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| FIGURA 1 - CORRELAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE CULTURA..... | 29 |
| FIGURA 2- INTERFACE INDIVÍDUO-ORGANIZAÇÃO | 31 |
| FIGURA 3 – CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS | 51 |
| FIGURA 4 – SEQUÊNCIA DAS FASES DE COLETA DE DADOS..... | 57 |
| FIGURA 5 – PERCURSO METODOLÓGICO | 62 |
| FIGURA 6 – IDENTIFICAÇÃO DOS ITENS A SEREM AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA DE CONSENSO | 69 |
| FIGURA 7 – BUSCA POR <i>EXPERTS</i> | 70 |
| FIGURA 8 – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE <i>EXPERTS</i> | 71 |
| FIGURA 9 – DIAGRAMA DE REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.. | 73 |
| FIGURA 10 – EXEMPLO DE QUESTÃO DE AVALIAÇÃO DE CONSENSO..... | 74 |
| FIGURA 11 – CAIXA DE SUGESTÃO | 75 |
| FIGURA 12 - ETAPAS DA OPERACIONALIZAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI*..... | 76 |
| FIGURA 13 – FORMULA PARA CÁLCULO DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO..... | 78 |
| FIGURA 14 - FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO E INCLUSÃO DOS ESTUDOS | 80 |
| FIGURA 15 - PRIMEIRA VERSÃO DO MODELO GRÁFICO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 83 |
| FIGURA 16 – NOVO <i>LAYOUT</i> DO MODELO GRÁFICO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020..... | 99 |
| FIGURA 17 – NOVO <i>LAYOUT</i> CÍCLICO DAS ETAPAS DA PESQUISA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 101 |
| FIGURA 18 – <i>CHECKLIST</i> DO MODELO MISTO DE DIAGNÓSTICO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 102 |
| FIGURA 19 - FLUXOGRAMA DO MODELO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS | 115 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| QUADRO 1 - NÍVEIS DE CULTURA ORGANIZACIONAL | 28 |
| QUADRO 2 - DESENHOS DE MÉTODOS MISTOS E ESPECIFICIDADES QUANTO À ESCOLHA DO MÉTODO | 55 |
| QUADRO 3 - EXEMPLO DE <i>JOINT DISPLAY</i> PARA APRESENTAÇÃO CONJUNTA DOS DADOS | 60 |
| QUADRO 4 - ETAPAS DO DIAGNÓSTICO DA CULTURA ORGANIZACIONAL | 66 |
| QUADRO 5 - PONTUAÇÕES RELATIVAS AOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.. | 75 |
| QUADRO 6 - SUGESTÕES AO COMPONENTE “CONTEÚDO” RELATIVO AO “DETALHAMENTO DA ETAPA” (ITEM 3). CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 89 |
| QUADRO 7 - SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> QUANTO AO CONTEÚDO RELATIVO AO MÉTODO (ITEM 4)..... | 91 |
| QUADRO 8 - CONSENSO E DESCRIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES EFETUADAS PARA A SEGUNDA RODADA DE CONSENSO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 92 |
| QUADRO 9 - REORGANIZAÇÃO DAS ETAPAS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 100 |
| QUADRO 10 - SUGESTÕES DOS <i>EXPERTS</i> QUANTO AO CONTEÚDO RELATIVO AO MÉTODO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020..... | 107 |
| QUADRO 11 - CONSENSO E DESCRIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES EFETUADAS APÓS A SEGUNDA RODADA DE CONSENSO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 110 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| TABELA 1 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 1 | |
| “TÍTULO GERAL” – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020..... | 85 |
| TABELA 2 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 2 | |
| “ETAPAS” – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020..... | 86 |
| TABELA 3 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 3 “– | |
| RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 87 |
| TABELA 4 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DOS SUBITENS | |
| 3.1 A 3.5. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 89 |
| TABELA5 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 4 | |
| “DETALHAMENTO DA ETAPA” - RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, | |
| 2020. | 90 |
| TABELA 6 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DOS SUBITENS | |
| 4.1 a 4.5 DO ITEM 4 “MÉTODO” – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, | |
| 2020. | 91 |
| TABELA 7 - PERCENTUAL DE CONSENSO NA PRIMEIRA RODADA | 98 |
| TABELA 8 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 1 | |
| “TÍTULO GERAL” – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020..... | 105 |
| TABELA 9 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 2 | |
| “ETAPAS” – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020..... | 106 |
| TABELA 10 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 3 | |
| “MÉTODO” – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020..... | 107 |
| TABELA 11 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 4 | |
| “CHECKLIST” – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020..... | 108 |
| TABELA 12 - PERCENTUAL DE CONSENSO NA SEGUNDA RODADA | 111 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| GRÁFICO 1 - TEMPO DE FORMAÇÃO DOS ESPECIALISTAS DA PRIMEIRA RODADA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 85 |
| GRÁFICO 2 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 1 – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 86 |
| GRÁFICO 3 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 2 – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 87 |
| GRÁFICO 4 - VALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 3 – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 88 |
| GRÁFICO 5 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 4 – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 90 |
| GRÁFICO 6 - TEMPO DE FORMAÇÃO DOS ESPECIALISTAS DA SEGUNDA RODADA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 104 |
| GRÁFICO 7 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 1 – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 105 |
| GRÁFICO 8 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 2 – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 106 |
| GRÁFICO 9 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 3 – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 107 |
| GRÁFICO 10 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 4 – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. | 108 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------|---|
| AHRQ | - Agency for Healthcare Research and Quality |
| CEP | - Comitê de Ética em Pesquisa |
| CHC-UFPR | - Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná |
| CINAHL | - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| CNS | - Conselho Nacional de Saúde |
| DCN | - Diretrizes Curriculares Nacionais |
| EAs | - Eventos Adversos |
| GPPGPS | - Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde |
| HSOPSC | - Hospital Survey on Patient Safety Culture |
| IIQM | - International Institute for Qualitative Methodology |
| ICPS | - International Classification for Patient Safety |
| IOM | - Institute of Medicine |
| IRAS | - Infecções relacionadas à Assistência à Saúde |
| ISMP | - Institute for Safe Medication Practices |
| IVC | - Índice de Validade de Conteúdo |
| JBÍ | - Joanna Briggs Institute |
| LILACS | - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MEDLINE | - Literature Analysis and Retrieval System Online |
| MeSH | - Medical Subject Heading |
| MMIRA | - Mixed Methods International Research Association |
| MOOC | - Massive Open Online Course |
| MS | - Ministério da Saúde |
| OMS | - Organização Mundial de Saúde |
| OSF | - Open Science Framework |
| PNSP | - Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| PSCHO | - Patient Safety Climate in Healthcare Organizations |
| SAQ | - Safety Attitude Questionnaire |
| TCLE | - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| VHA | - Veterans Health Administration |
| WoS | - Web of Science |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 19 |
| 1 INTRODUÇÃO | 20 |
| 1.2 OBJETIVO..... | 26 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 27 |
| 2.1 CULTURA ORGANIZACIONAL | 27 |
| 2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE | 32 |
| 2.3 GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE | 38 |
| 2.4 DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE..... | 42 |
| 2.5 MÉTODOS MISTOS NO DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 48 |
| 2.5.1 O desenho sequencial explanatório para a condução do diagnóstico de cultura de segurança do paciente | 56 |
| 3 MATERIAIS E MÉTODO..... | 61 |
| 3.1 ASPECTOS ÉTICOS..... | 63 |
| 3.2 DELINEAMENTO E TIPO DO ESTUDO | 63 |
| 3.2.1 Procedimentos teóricos..... | 64 |
| 3.2.2 Elaboração do modelo gráfico..... | 65 |
| 3.2.3 Seleção dos especialistas | 69 |
| 3.2.4 Critérios de inclusão..... | 70 |
| 3.2.5 Critérios de exclusão..... | 71 |
| 3.2.6 Rodadas de consenso | 71 |
| 3.3 ANÁLISE DE DADOS..... | 76 |
| 3.3.1 Validação de conteúdo..... | 76 |
| 4 RESULTADOS..... | 79 |
| 4.1 DUAS DÉCADAS DE ESTUDOS SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 79 |
| 4.2 ELABORAÇÃO DO MODELO DE DIAGNÓSTICO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 81 |

| | |
|--|------------|
| 4.3 PRIMEIRA RODADA DE CONSENSO | 84 |
| 4.4 SEGUNDA RODADA DE CONSENSO | 98 |
| 4.5 GUIA PRÁTICO PARA O DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 112 |
| 5 DISCUSSÃO | 113 |
| 5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS DAS PESQUISAS DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE | 113 |
| 5.3 ASPECTOS TEÓRICOS DO GUIA PRÁTICO PARA O DIAGNÓSTICO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE..... | 115 |
| 5.4 VERSÃO FINAL DO GUIA PRÁTICO | 117 |
| 5.4.2 Sugestões não acatadas para a versão final do guia relacionadas ao conteúdo do Item 4 “ <i>Checklist</i> ” | 120 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 122 |
| REFERÊNCIAS..... | 125 |
| APÊNDICE 1 – ORIENTAÇÕES PARA O CONSENTIMENTO EM ESTUDOS EM VIGÊNCIA DA PANDEMIA DA COVID-19 | 149 |
| APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE - | 150 |
| APÊNDICE 3 – PRIMEIRA VERSÃO DO MODELO GRÁFICO DE DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E A NUMERAÇÃO DOS ITENS PARA ANÁLISE DOS JUÍZES | 152 |
| APÊNDICE 4 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO EXTRAÍDO DA PLATAFORMA SURVEY MONKEY® -TELA DADOS PROFISSIONAIS | 153 |
| APÊNDICE 5 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO EXTRAÍDO DA PLATAFORMA SURVEY MONKEY® -TELA DE AVALIAÇÃO..... | 154 |
| APÊNDICE 6 – E-MAIL CONVITE AOS ESPECIALISTAS | 155 |
| APÊNDICE 7 – E-MAIL COM INSTRUÇÕES PARA O INÍCIO DA PESQUISA | 156 |
| APÊNDICE 8 – E-MAIL COMUNICANDO LEMBRETE DA PRIMEIRA RODADA | 157 |
| APÊNDICE 9 – E-MAIL COMUNICANDO PRORROGAÇÃO DO PRAZO DA PRIMEIRA RODADA | 158 |
| APÊNDICE 10 – E-MAIL COMUNICANDO INÍCIO DA SEGUNDA RODADA . | 159 |

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE 11 – E-MAIL COMUNICANDO LEMBRETE DA SEGUNDA RODADA | |
| | 160 |
| APÊNDICE 12 – E-MAIL COMUNICANDO PRORROGAÇÃO DO PRAZO DA | |
| SEGUNDA RODADA..... | 161 |
| APÊNDICE 13 – E-MAIL COM RELATÓRIO FINAL..... | 162 |
| ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 163 |
| ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIANDO DA EMENDA AO CEP | 168 |

APRESENTAÇÃO

O presente estudo compõe o escopo do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da cultura de segurança do paciente nos diversos cenários de atenção à saúde: subsídios para o gerenciamento de enfermagem”, vinculado ao Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS/UFPR).

A aproximação com a linha de pesquisa se deu ainda durante a trajetória formativa da pesquisadora, realizando pesquisas de Iniciação Científica sobre o gerenciamento em Enfermagem junto aos seus desdobramentos e seu marcante significado tanto para a profissão quanto para a assistência segura ao paciente. Após a formação acadêmica, o ingresso em uma residência multiprofissional em um hospital público de ensino de grande porte, referência para a população paranaense e nacional, oportunizou experiências profissionais nas quais foi possível vivenciar em muitos momentos a realidade do sistema de saúde brasileiro.

Para a execução do cuidado de excelência, as equipes de saúde, por vezes, enfrentam situações difíceis como déficit de profissionais e materiais, estruturas físicas inadequadas, mudança de natureza administrativa, conflitos nos relacionamentos interpessoais, problemas de natureza ética dentre outros tantos que seria possível citar. O intuito, no entanto, não é dar destaque ao insatisfatório, apenas cabe destacar o quanto a segurança do paciente é interdependente da Organização dos serviços e dos elementos administrativos e não somente do profissional que realiza o cuidado. O enfermeiro por sua vez, assumindo frentes gerenciais e assistenciais, depara-se com grandes desafios diante da sua responsabilidade moral de prestar à população um cuidado seguro.

Ainda, a discussão da temática deste estudo dentro do grupo de pesquisa e especialmente com minha orientadora, Dra. Karla Crozeta Figueiredo, possibilitou a identificação de questionamentos importantes ainda não abordados na literatura no campo da Enfermagem, o que se constituiu como motivação para abordar a temática, visto a necessidade de elaborar e desenvolver estratégias que subsidiem a gestão em Saúde, com vistas a contribuir para o fortalecimento da segurança do paciente.

1 INTRODUÇÃO

A avaliação da cultura de segurança do paciente tem sido amplamente realizada por pesquisadores da área da saúde, tendo em vista que representa o primeiro passo para o fortalecimento do cuidado seguro, indispensável à qualidade da assistência à saúde. Assumindo-se que a cultura é um fenômeno complexo e presente em todos os tipos de Organização, optou-se pela adoção do conceito de cultura organizacional de Edgar Schein (2001), que se refere aos três níveis culturais que englobam o significado da cultura no dia a dia de uma Organização.

Para instigar a compreensão deste conceito, o autor propõe refletir sobre quais elementos de uma Organização afetam o seu *modus operandi*, incluindo a forma como os móveis estão dispostos, a cor das paredes e a vestimenta dos funcionários, verificando como estes aspectos se relacionam com o estilo de trabalho, com o *status* da empresa e ainda, com o próprio comportamento dos funcionários. Todos estes aspectos são apenas parte de uma trama de processos culturais que estão nos fundamentos da Organização por anos, a cultura (SCHEIN, 2001).

Por ser a cultura um fenômeno complexo, seu diagnóstico também o é, de modo que existem fatores que podem levar a uma interpretação errônea de suas características, como o erro na escolha da metodologia adotada e o nível da análise, que poder ser superficial ou incompleto (RUSSO, 2017).

Russo (2017) e Schein (2001) apesar de se complementarem, utilizam terminologias distintas para a pesquisa de cultura. Na investigação da Cultura Organizacional, Russo utiliza o termo diagnóstico de cultura, enquanto Schein, pesquisa clínica.

Não pode haver confusão com a terminologia utilizada nas ciências da Saúde, nas quais o termo “pesquisa clínica” designa os estudos clínicos, também denominados de ensaios clínicos, os quais investigam o desenvolvimento de tecnologias, mecanismos de doença e intervenções terapêuticas (TENORIO et al., 2017).

Optou-se por utilizar a terminologia adotada por Russo (2017), em razão de ser o diagnóstico da cultura de segurança do paciente o foco desta pesquisa e,

adicionado a isto, evitar a confusão dos termos como exposto acima, por se tratar de pesquisa na área da Saúde.

Em 1993 Edgar Schein provou que a pesquisa clínica, ou seja, o diagnóstico de cultura, é a base necessária para decifrar, de fato, a cultura (SCHEIN, 1993). Para o autor, pesquisa clínica no campo empresarial significa o estudo detalhado da Organização, o que inclui a observação e a entrevista aos funcionários (SCHEIN, 1987). Difere, portanto, do método de pesquisa clínica utilizado no campo da saúde, que a define como investigações conduzidas com seres humanos, materiais de origem humana ou fenômenos cognitivos (HULLEY et al., 2015).

As questões culturais que têm sido pesquisadas por Schein em Organizações de variados segmentos ao longo dos anos demandam respostas que só podem ser obtidas por meio de um amplo estudo da cultura. Contudo, o autor ressalta que identificar a cultura não se constitui tarefa fácil, visto que três características a adjetivam: ser profunda, extensa e complexa (SCHEIN, 2001).

A cultura organizacional por vezes é equiparada à figura de um *iceberg*, pois apesar de sua camada superficial visível, sabe-se que sua estrutura é mais profunda e não pode ser vista, a não ser que se aproxime e submerja (CHIAVENATO, 2005). Cabe ao pesquisador investigar os aspectos de cada nível.

Assim, conceitua-se cultura organizacional como a identidade e propriedade de um grupo em um ambiente operacional, ou seja, é a transmissão e perpetuação de crenças e valores de uma Organização. Ademais, a cultura possui três camadas, de modo que o produto final resulta da conexão entre elas e só pode ser decifrada se investigada uma a uma (SCHEIN, 1985-2001).

Ao se tratar das Organização de Saúde¹, a literatura afirma que existem características organizacionais que têm ligação direta com a segurança do paciente, de modo a contribuir com ela se estruturadas da maneira adequada. Estas incluem programas de treinamento de segurança, implementação de

¹Estabelecimentos de assistência à saúde ou estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, segundo definição da Secretaria de Saúde do Paraná - Serviços – Estabelecimentos de Saúde – Código sanitário do Paraná. Secretaria da Saúde.
<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=665>

políticas de segurança e a priorização ou não da segurança do paciente (XIE et al., 2017).

A análise da cultura organizacional permite desvelar o que a Organização transmite com sua imagem, o que ela é e/ou o que pretende ser e neste último caso, quais são os pré-requisitos e qual a capacidade que a gestão possui para alcançar os resultados pretendidos voltados à segurança do paciente (PAGANI, CROZETA, CRISIGIOVANNI, 2019).

A cultura de uma Organização pode afetar o seu desenvolvimento na medida em que dificulta processos de trabalho, ou, no que tange a assistência à saúde, oferece riscos evitáveis. A literatura indica que modelos organizativos arcaicos e fatores como sobrecarga de trabalho são influenciadores diretos encontrados nas reflexões críticas a respeito da segurança do paciente (BORGES et al., 2016).

Para que as ações ao entorno da segurança do paciente sejam efetivas não basta uma oferta de estrutura adequada ou até mesmo de recursos humanos e orçamentários, pois requer adicionalmente uma aprendizagem que interligue todos os pontos na esfera organizacional (SILVA et al., 2016). Isto porque ambientes favoráveis à prática do profissional influenciam positivamente e de modo direto a segurança e a qualidade do cuidado, formando desta forma um clima de segurança favorável à diminuição da ocorrência de eventos adversos (EAs) (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Com a finalidade de melhoria da qualidade dos serviços de saúde e da segurança do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) estimulam gestores e líderes de instituições de saúde a avaliarem regularmente seus serviços como base para ações em prol do aprimoramento do cuidado (BRASIL, 2014; WHO, 2016).

No entanto, Alves e Guirardello (2016) indicam que apesar do estudo das estruturas organizacionais tendo como foco a segurança do paciente ser uma área prioritária de pesquisa para a OMS, é possível perceber que os fatores organizacionais que influenciam a segurança do paciente ainda são pouco discutidos.

Ao longo dos anos, tem-se desenvolvido uma gama de estudos no campo da Saúde buscando diagnosticar o que se denomina cultura de segurança do

paciente, visto que avaliar é uma atividade que corresponde à gestão e visa à melhoria da qualidade (GAMA et al., 2016). A avaliação da cultura de segurança tem sido amplamente explorada nos ambientes de assistência à saúde pelas pesquisas em Enfermagem (ANDRADE et al., 2018; CAMPELO et al., 2018; SANTOS et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2017; TOSO et al., 2016, CRUZ et al., 2018; SILVA; CRUZ; ALPENDRE; BATISTA, 2020).

Estas pesquisas têm seguido predominantemente uma abordagem analítica quantitativa a partir da aplicação única de questionários (FLIN, 2007; POLEY et al., 2011; SANTIAGO; TURRINI, 2015; GOLLE et al., 2018; GALVÃO et al., 2018). Segundo os autores, esta metodologia não é capaz de decifrar a cultura pois capturam apenas os artefatos da Organização, ou seja, o primeiro nível da cultura (RUSSO, 2017; SCHEIN, 2001).

Pesquisas que buscam avaliar a cultura de segurança do paciente por vezes utilizam os termos “clima” e “cultura” sem diferenciação conceitual, e utilizam os mesmos questionários autoadministrados que as pesquisas climáticas (RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013; TELES; KAYA, 2019; KARADEMIRLER; MANAV, 2020).

Clima e cultura de segurança são fenômenos que, apesar de distintos e exigirem o emprego de metodologias específicas (RUSSO, 2017), têm sido por vezes analisados com os mesmos instrumentos e técnicas de pesquisa nas pesquisas de cultura de segurança do paciente (CARVALHO, et al., 2015; TELES; KAYA, 2019; DUNSTAN; COOK; COYER, 2019).

O clima de segurança é representado pela parte mais externa ou superficial da Organização, que pode ser mais facilmente percebida por quem a vivencia ou ao pesquisador. O clima é um recorte transversal, o que justifica a prevalência de pesquisas transversais empregadas para investigá-lo, enquanto a cultura perpassa por camadas mais profundas e essenciais da Organização (SANTIAGO; TURRINI, 2015, SANTOS et al., 2018).

De fato, avaliar o clima de segurança do paciente periodicamente é uma das estratégias para ações de melhoria em prol da segurança do paciente, no entanto, vale destacar que esta medida serve apenas como uma medida indireta da cultura organizacional de segurança, logo, não a representa em sua totalidade (ALVES; GUIARDELLO, 2016).

Utilizar questionários que verificam os valores da Organização bem como as práticas organizacionais, dimensões da cultura e comprometimento dos funcionários, junto à abordagem qualitativa, é o mais indicado para as pesquisas de cultura organizacional, visto que a união dos componentes tem se mostrado útil ao diagnóstico de cultura (RUSSO, 2017).

Se a Cultura Organizacional é difícil de ser definida mensurada, podendo até ser considerada intangível (RUSSO, 2017) e a segurança do paciente é parte constituinte desta nas Organizações de Saúde, então o objetivo desta pesquisa torna-se relevante, mediante a elaboração de um Guia Prático de diagnóstico de Cultura de Segurança do Paciente. Tal guia poderá aprofundar as questões desta cultura, percebidas pela equipe de saúde, para além da mensuração do clima relativo a ela.

Desta forma, com base no referencial de Pasquali (2010) conduziu-se uma pesquisa metodológica por meio da contribuição de um painel de *experts*, a fim de validar o conteúdo do Guia Prático para diagnóstico de Cultura de Segurança do Paciente proposto, que emprega os métodos mistos como opção para o componente metodológico.

A partir da adoção do conceito das três camadas da Cultura de Edgar Schein (2001) e do entendimento de que todas elas devem ser pesquisadas para a obtenção dos aspectos culturais, compreende-se que a combinação das técnicas “questionário + entrevista” confere um padrão de coleta de dados mais fidedigno (RUSSO, 2017).

Este pressuposto ampara a escolha da abordagem de métodos mistos, especialmente o desenho sequencial explanatório, como método de pesquisa apropriado ao Guia Prático para diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente. O Guia, portanto, segue as etapas metodológicas necessárias para acessar todos os níveis da cultura de segurança da Organização de Saúde, viabilizado pela integração dos componentes quantitativo e qualitativo.

Como subsídio para a construção do Guia Prático foi utilizado o modelo de diagnóstico de Cultura Organizacional de Giuseppe Russo (2017), definido como um método científico que busca identificar, analisar, esclarecer e definir as características do fenômeno Cultura Organizacional.

Wilkinson e Van Lauren (2010), autoras de conteúdos curriculares de Enfermagem, como os aspectos teóricos e técnicos da disciplina Fundamentos em Enfermagem, declaram que modelos são necessários para que se compreenda conceitos. Desta forma, o emprego do Guia Prático propõe aprimorar a resolutividade dos nós críticos relacionados à segurança do paciente, visto que ao propor um modelo que se apropria de uma metodologia integrativa, subsidia a avaliação e compreensão dos aspectos culturais.

Frente ao exposto, a motivação para a proposta da presente pesquisa teve por base as indagações: “É possível diagnosticar a cultura de segurança de uma Organização de Saúde? E neste caso, qual o método mais apropriado para fazê-lo?” Tais inquietações deram origem à questão norteadora da pesquisa: “Como elaborar um guia prático, que integre métodos quantitativos e qualitativos para o diagnóstico de cultura de segurança do paciente?”

Ao longo dos capítulos encontra-se descrita a aproximação feita aos referenciais das disciplinas de Administração de Empresas, Psicologia Social e Enfermagem, utilizados como bases teóricas e metodológicas neste estudo.

1.2 OBJETIVO

Elaborar um Guia Prático para o Diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente que integre dados quantitativos e qualitativos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo está dividido em cinco partes que abordam as temáticas: 1) Cultura Organizacional, 2) Segurança do paciente, 3) Gerenciamento em Enfermagem e a segurança do paciente, 4) Diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente e 5) Métodos Mistos no Diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura utilizando a busca livre, a fim de verificar a produção científica a respeito das temáticas e a relação entre as metodologias adotadas nas pesquisas de cultura de segurança do paciente e o diagnóstico da Cultura Organizacional de segurança do paciente das Organizações de Saúde.

2.1 CULTURA ORGANIZACIONAL

O conceito de cultura como um padrão organizativo de pressupostos tem sido um dos mais difundidos ao longo das pesquisas sobre cultura organizacional, sendo Edgar Schein (1985-2001), formulador deste conceito, o autor mais referenciado em pesquisas brasileiras (BARALE; SANTOS, 2017).

Edgar Schein, estudioso do campo da cultura organizacional, vem realizando consultorias empresariais há mais de 40 anos e é reconhecido internacionalmente por ter fundado a denominada cultura corporativa. Utilizado nesta pesquisa como referência teórica, o autor retrata a cultura como um padrão de elementos, em que haja interação dos mesmos e enfatiza que buscar entender estes padrões possibilita o entendimento da cultura (SCHEIN, 2001).

Estudioso no campo empresarial, Shein mostra que há um forte argumento para pensar sobre cultura organizacional e sua importância, trata-se da previsão dos eventos e suas consequências, de forma a decidir se eles devem ou não acontecer, dando a isto tempo de escolha. O compartilhamento desta discussão importa, visto que a cultura é tida como propriedade de um grupo, de forma que, para muitos funcionários, é um desafio se desvincular das práticas as quais estão acostumados (SCHEIN, 2001).

Para Schein (1985-2001) existem três níveis, que juntos formam a cultura organizacional, como na figura de um *iceberg*, no qual os níveis vão sendo decifrados em camadas, conforme o Quadro 1:

QUADRO 1 - NÍVEIS DE CULTURA ORGANIZACIONAL (Continua)

| NÍVEL | DEFINIÇÃO |
|----------------------------------|--|
| Primeiro nível: “Artefatos” | Trata-se daquilo que se pode ver ao entrar em uma Organização, o modo como o ambiente é decorado, o <i>design</i> arquitetônico, como os funcionários se comportam, o espaço físico, as vestimentas, todo o aparato visível. Neste nível não é possível ter total compreensão da cultura, sendo necessária a interação com os membros, o que conduz a outro nível da cultura. À medida em que mais informações são obtidas a partir dos funcionários e da observação, pode-se aprofundar o nível de entendimento da cultura local. |
| Segundo nível: “Valores casados” | Neste nível estão dispostas as justificativas que a Organização adota para suas ações, produtos e comportamentos. É neste nível que se encontram os objetivos, as estratégias de gestão, metas e filosofias. A partir daí é possível correlacionar os artefatos com os valores e ter uma melhor noção do <i>modus operandi</i> da Organização, porém, ainda não é o suficiente para decifrar sua cultura. |

(Continua)

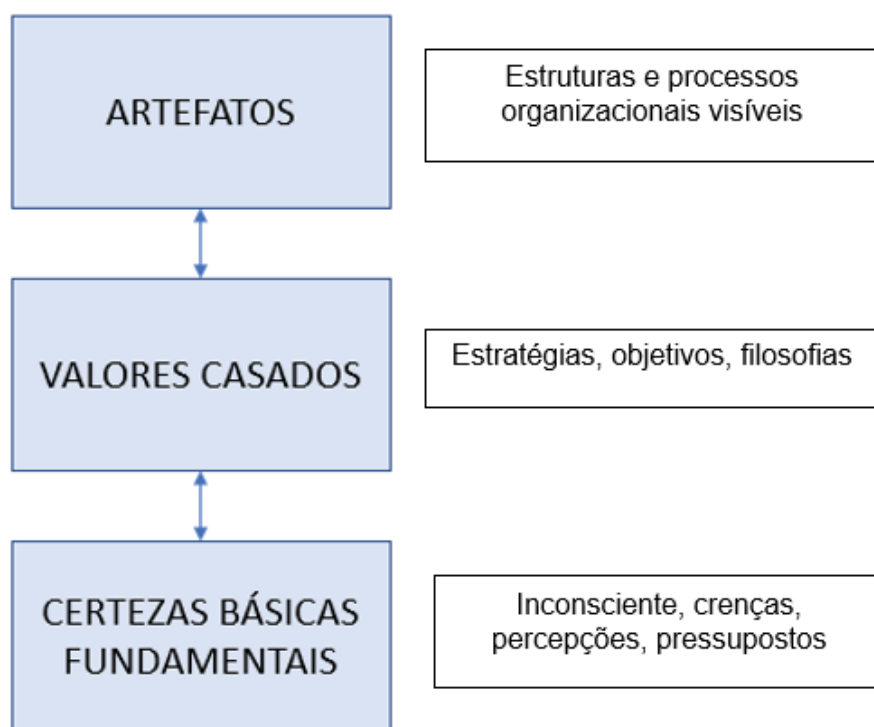
QUADRO 2 - NÍVEIS DE CULTURA ORGANIZACIONAL (Conclusão)

| NÍVEL | DEFINIÇÃO |
|---|--|
| Terceiro nível: "Certezas básicas fundamentais" | O último nível diz respeito àquilo que é inconsciente à maioria dos membros da Organização, é a raiz da Organização. É neste nível que se verifica a perpetuação das crenças e valores dos fundadores, base do funcionamento, ações e decisões da Organização. |

FONTE: A autora, adaptado de Schein (2001)

Os três níveis estão correlacionados e determinam a cultura local, como demonstrado na Figura 1.

FIGURA 1 - CORRELAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE CULTURA



FONTE: Adaptado de Schein (1985).

Os autores sumarizam a compreensão que se tem tido de Cultura Organizacional ao longo dos anos, de que a mesma de fato advém desde a concepção da Organização. Na medida em que os padrões são perpetuados vão sendo cada vez mais consolidados, perpassando a linha histórica da instituição (FREITAS, 1991; CORRÊA et al., 2018; WAGNER; HOLLENBECK, 2004).

A Cultura Organizacional é a essência de qualquer Organização e se revela na troca entre funcionário-empresa-cliente. A cultura é refletida no modo como os indivíduos agem e respondem aos valores arraigados. Fica evidente que é o modo como a cultura é perpetuada que define sua imagem, diferenciando-a das outras (SANTOS et al., 2018).

Além do conceito de cultura, o Comportamento Organizacional é definido como o estudo do comportamento humano e a interface com a Organização onde este indivíduo se insere. Para tanto, está intimamente ligado à cultura e subsidia a sua pesquisa nas organizações. Deste modo, entende-se que as Organizações tanto influenciam no comportamento dos funcionários como são por eles influenciados (GRIFFIN; MOORHEAD, 2006).

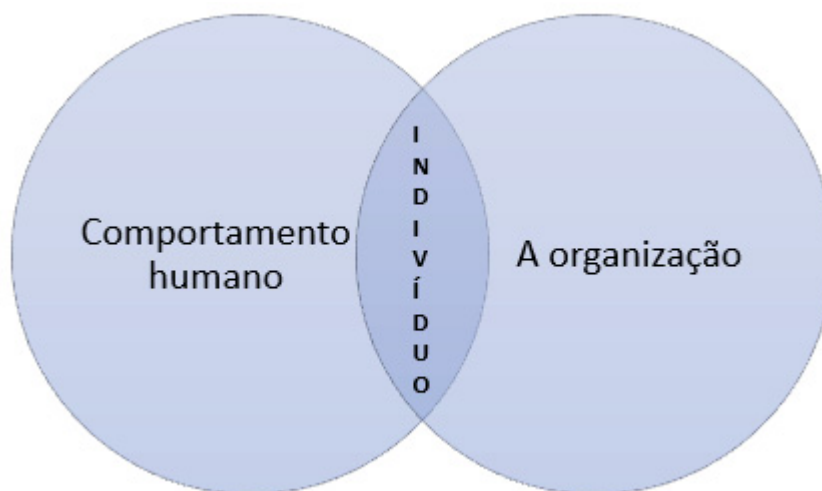
A cultura das Organizações assume um papel ativo tanto de influenciadora como passível de ser influenciada pelo comportamento de quem a compõe. Demais autores corroboram com a ideia de que a cultura de uma Organização está tão impregnada em seu corpo estrutural que é difícil não notar sua presença, seja na arquitetura, nos gestos, vestuário, em todas suas dimensões (SILVA; VALENTIN, 2018).

A visão popular de cultura busca compreender a relação entre os funcionários, fatores como trabalho em equipe, a forma como se comportam dentro da estrutura, o sistema de incentivos, o relacionamento entre o grupo subordinado e a chefia, o conceito de espaço estrutural, como a organização se relaciona com a natureza e com a linha histórica do tempo (SCHEIN, 2001; HOUSE et al., 1988; RUSSO, 2017; SOARES, 2018).

Considera-se que, independentemente do tipo de Organização, ela sofrerá a influência de fatores externos como a política, economia, sociedade, tecnologia e o próprio meio ambiente em que se insere. Por sua vez, a Organização influencia seus membros, a partir da missão, valores e crenças que perpetua. Desta forma, os indivíduos que a constitui demonstrarão padrões de comportamento que só se desenvolvem dentro do ambiente de trabalho (GRIFFIN; MOORHEAD, 2006).

Essa interface (FIGURA 2) exemplifica como o comportamento humano dentro de determinada Organização gera um funcionário que se adapta àquele contexto.

FIGURA 2- INTERFACE INDIVÍDUO-ORGANIZAÇÃO



FONTE: Adaptado de Griffin & Moorhead (2006)

Sabe-se que não é mais a parte mecanizada e tecnológica, como os equipamentos e máquinas, que fazem a diferença entre uma Organização e outra, mas sim o recurso intelectual, que se entende ser além do que simplesmente recursos humanos, pois envolve a cognição e inovação de cada indivíduo (SILVA; VALENTIN, 2018).

É justamente por este fato, o de a cultura ser tão essencial no *modus operandi* da organização, que importa ser estudada. Ao primeiro olhar pode-se facilmente notar os elementos externos já citados, no entanto a cultura influencia os processos decisórios, que por sua vez conferem identidade (CORRÊA et al., 2018; FREITAS, 1991).

Há uma urgente necessidade de se ter funcionários capacitados e proativos para que uma Organização se desenvolva, no entanto, para que seja analisada de forma ampla, deve-se investigar a cultura local, a fim de se obter os parâmetros para compreender o seu comportamento (BATISTA; PAGOTTY; SILVA, 2017).

As Organizações exigem muito do funcionário, desde seu tempo até seu profissionalismo e dedicação, devido a sua importância para a manutenção das metas e da competitividade do serviço ofertado. Em todos os níveis de uma Organização haverá pessoas responsáveis por processos, ações e estratégias, seja para o alcance de metas ou fazer cumprir a normativa estabelecida (FLORES; SILVA, 2018).

É deste modo que o ambiente de trabalho molda os indivíduos e, na mesma medida que pode trazer realizações pessoais, também pode se tornar ambiente gerador de problemas ocupacionais de saúde ou, dependendo das condições de trabalho ofertadas, e, no caso das Organizações de saúde, comprometer a segurança do paciente, por meio de processos que dificultem a oferta de cuidado seguro.

Desse modo, a cultura de segurança do paciente advém da cultura local da Organização, o que torna relevante a mensuração tanto do clima como da cultura organizacional para a segurança do paciente, pois pode constituir-se ferramenta para avaliar produtividade, motivação e níveis de satisfação dos colaboradores (MUNHOZ et al., 2018; CARVALHO; CASSIANI, 2012).

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Os serviços de saúde devem oferecer assistência de qualidade, especializada, efetiva e segura para os indivíduos. Publicado em 2000 pela *National Academies Press* (US), o documento pelo *Institute of Medicine* (IOM) intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*) fomentou calorosas discussões a nível mundial, e foi ponto de partida para a elaboração de políticas que assegurassem a preocupação com a qualidade da assistência (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

Ficando desta forma em evidência, a necessidade do envolvimento de gestores, profissionais da saúde e da vigilância sanitária nos estabelecimentos de saúde para o cumprimento dos objetivos propostos (BRASIL, 2017).

A partir da década de 2000 os pesquisadores passam a dedicar-se aos fatores que cerceiam a segurança do paciente, reconhecendo-a como uma dimensão da qualidade do cuidado (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). No cenário internacional e transcontinental, grandes países como os Estados Unidos, França, Austrália, Suécia e demais, foram os primeiros a criar institutos e associações com interesse nas questões de segurança do paciente (CASSIANI, 2005).

As discussões em torno da segurança na assistência demandaram que fosse criado em 2004, pela OMS, o programa Aliança Mundial para a Segurança

do Paciente, tendo como meta a adoção de medidas para assegurar a qualidade e a segurança da assistência prestada nos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

No Brasil, em 2006 foi realizado o primeiro Fórum Internacional Sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, em parceria com o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP)/EUA, base para a criação do mesmo órgão no Brasil, em 2009 (BRASIL, 2014).

Detectou-se que existiam diferentes definições de erro em saúde e efeitos adversos, o que motivou o desenvolvimento da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety* – ICPS), que no ano de 2009 divulgou o relatório final com uma lista de 48 conceitos acordados (RUNCIMAN, 2006; ELDER; PALLERLA; REGAN, 2006). Desta forma, a segurança do paciente foi definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (OMS, 2009).

Neste contexto, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013, foi criado pelo Ministério da Saúde para prevenção de danos na assistência à saúde, nos estabelecimentos de saúde de todo o território nacional (BRASIL, 2013).

Essa portaria define cultura de segurança em cinco características dependentes da gestão da Organização. São elas: “a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança” (BRASIL, 2013).

O PNSP abrange os protocolos instituídos pela OMS, sendo estes a prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição; uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; lesões por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2014).

A segurança do paciente deve vir no topo dos objetivos das instituições de saúde, visto a recomendação do IOM, de modo a fazer parte das ações prioritárias das lideranças e de igual modo ser introduzida de modo basilar da cultura organizacional (ANDRADE et al., 2018 apud RUNCIMAN et al., 2009).

Em uma reflexão sobre qualidade do cuidado e segurança do paciente, Sato (2017) declara que as mudanças ocorridas nas perspectivas Organizacionais ao longo dos anos reformataram o modo como os resultados e objetivos da Organização são alcançados, de modo que anteriormente eram de cunho individual e em tempos modernos, exige esforços coletivos (SATO, 2017).

Na medida em que a cultura de segurança está estruturada nas Organizações de Saúde, mais ações em busca de melhoria na assistência podem ser discutidas, elaboradas e implementadas. Diagnosticar a cultura de segurança é essencial para medir as condições em que a Organização se encontra no processo de oferta de serviços de saúde livre de danos aos pacientes (ANDRADE et al., 2018).

Embora componham-se como setores distintos, a segurança do paciente é dimensão fundamental da qualidade do cuidado. As estratégias para a melhoria da qualidade do serviço de saúde resultam em ações que englobam a segurança da assistência, que por sua vez objetiva evitar erros e dano ao paciente com foco no desenvolvimento de sistemas de atendimento seguro (PANAGOS; PEARLMAN, 2017).

Não raras são as notícias divulgadas através da mídia e imprensa sobre os diversos danos causados a pacientes, o que acarreta ao profissional e à classe à qual pertence o sentimento de culpa, humilhação e medo da punição, cultura ainda arraigada em muitas Organizações de saúde (DUARTE et al., 2015).

Deste modo, a avaliação da cultura de segurança deve ser uma prática tida como prioritária nos estabelecimentos de saúde, visto que o diagnóstico da mesma fornece padrões que estão sendo perpetuados pela Organização e que podem ser prejudiciais ao que se almeja, neste caso, a melhoria da qualidade da assistência. No entanto, esta avaliação depende diretamente da participação dos funcionários e demais partes interessadas (BRASIL, 2016; SILVA et al., 2016).

Corroborando com o modelo de cultura organizacional de Schein (2001), a literatura afirma que problemas envolvendo os estabelecimentos de saúde

interferem diretamente na segurança do paciente, como os relacionados às estruturas prediais inadequadas e aporte tecnológico e material insuficiente para atender a demanda pretendida (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Somado a isto, a cultura de segurança do paciente é inviabilizada quando falta capacitação da equipe laboral, quando a carga de trabalho excede os recursos humanos da instituição de saúde, entre fatores como comunicação débil entre chefia e funcionário, bem como entre o relacionamento interpessoal da equipe de saúde. Desse modo, fica patente que fortalecer a cultura de segurança não envolve um grupo ou um setor da instituição, mas esforços generalizados dos partícipes (REIS et al., 2018).

Dentre os setores existentes, a literatura indica que a alta gestão dos estabelecimentos de saúde constitui-se parte relevante para a promoção de educações educativas, a fim de potencializar e oportunizar estratégias para a melhoria da qualidade como por exemplo a implantação e a constante avaliação de indicadores da assistência (KAWAMOTO et al., 2016).

Estudo realizado por Reis e colaboradores (2018), após identificarem os fatores que interferem no estabelecimento de uma cultura sólida de segurança, verificaram a necessidade de implantar estratégias que envolvam a equipe de enfermagem, como a formação de um Núcleo de Segurança do paciente com metas estabelecidas e o treinamento na forma de educação permanente. O núcleo de segurança do paciente junto às demais estratégias elencadas pela Organização visam a mitigação dos eventos adversos, que são episódios de erros ou incidentes com danos discerníveis aos pacientes (WHO, 2012).

Assume-se que os erros sempre podem ser evitados, considerando-se a cadeia de processos existentes até que aconteçam. Os erros que são interrompidos em um ponto da cadeia são denominados *Near Miss*, ou seja, quase erro (WHO, 2012).

Tobias e colaboradores (2016) corroboram com o exposto pelos autores da Administração de Empresas citados no capítulo anterior, quando afirmam que o desenvolvimento da cultura de segurança depende do comportamento dos funcionários daquela Organização, que, por sua vez, são influenciados pela cultura local, ou seja, pela forma como a Organização de Saúde está estruturada para funcionar.

Deste modo, fica explícito o quanto a cultura de uma Organização de Saúde influencia no comportamento dos funcionários e, conseqüentemente, na cultura de segurança do paciente. Entende-se que a forma como os erros e eventos adversos são tratados impacta a assistência segura ao paciente, de modo que, quanto maior for a visão punitiva ou depreciativa do funcionário, haverá um menor grau de construção positiva para solidificar a cultura de segurança do paciente (FRANÇOLIN et al., 2015).

Os erros podem acontecer em qualquer ponto da cadeia assistencial até chegar ao paciente. Na assistência de enfermagem têm destaque os erros de medicação, troca de informações e identificação do paciente, transferências de setores, além dos altos índices de lesão por pressão, quedas e infecções de corrente sanguínea que ainda subsistem, em especial nas instituições hospitalares (OLIVEIRA et al., 2014).

Destaca-se que apesar dos erros serem conhecidos pela equipe de Enfermagem, faz-se necessário investigar o porquê e quando acontecem, os aspectos institucionais envolvidos, para desta forma subsidiar ações de educação permanente e articular estratégias com os demais pontos do serviço. Oliveira et al. (2014) corroboram sobre a necessidade de se identificar as oportunidades e as barreiras que a Organização de saúde dispensa quando se trata da promoção da assistência segura.

Portanto, a necessidade de lidar com os erros deve ser em nível sistêmico, organizacional, revisando as políticas e práticas institucionais, de modo que a responsabilização individual dos colaboradores não seja por si só tida como foco do problema, como as pesquisas têm evidenciado (GUZZO et al., 2018).

Marx (2019) traz um testemunho feito pelo Dr. Lucian Leape, em que relata a cultura médica onde esteve envolvido durante todo o tempo de profissão. O médico afirma que apenas se revela aquilo que não dá para esconder.

Não apenas na Saúde, mas nas Organizações de alta confiabilidade como na aviação, há relatos de que os pilotos não se sentiam nem um pouco confortáveis de revelar seus erros (MARX, 2019). Conjectura-se que esta é a lógica que tem sido reproduzida ao longo dos anos fora do território de uma cultura justa.

Nos últimos dez anos se tem atentado ao conceito de cultura justa nos estabelecimentos de saúde, tendo em vista que esse termo tem sido utilizado como

o produto de trabalho em equipe em um espaço em que não se propaga o medo e a culpa frente ao erro. Contudo, cultura justa não significa impunidade, mas focalizar na causa do erro ao invés de quem o cometeu (BARNSTEINER; DISCH, 2012). Conceitua-se como cultura justa aquela em que há um clima de confiança suficiente para notificar e reportar erros e/ou quase erros, sem medo de represália (REASON, 2000; MARX, 2001).

A literatura reafirma os conceitos relacionados à cultura justa, que essa se configura como via de mão dupla, pois, ao mesmo tempo que não estimula a culpabilização, mantém o funcionário ávido a notificar sem medo. Ademais, define em quais pontos deve haver a intervenção da gerência. Afirma que um programa de cultura justa que envolva apenas chefes e subordinados com aspectos subjetivos sobre proporcionalidade de punição e ofensa não são apropriados e, inclusive, podem não alicerçar bases concretas para o fortalecimento da cultura (DEKKER; BREakey, 2016).

Shepard (2011, p.48) propõe uma série de perguntas que devem ser feitas quando se almeja transicionar para uma cultura justa e algumas delas são: “Porque a mudança de cultura é importante?”, “Qual o impacto da mudança para a qualidade do atendimento ao paciente? “Como as informações serão comunicadas por toda a Organização?”. Responder a estas questões traz reflexão quanto ao estado em que se está e o ideal que se almeja.

No entanto, os autores destacam que esta mudança não é fácil. Exige da Organização e de seus membros o diálogo livre e aberto, decisões horizontalizadas e a implantação com constante avaliação de sistemas de notificação de erros, além disso, o *feedback* das taxas de eventos adversos identificados nos setores (BARNSTEINER; DISCH, 2012).

Marx (2019) explicita a importância de se atentar ao termo “intenção”, exemplificando que utilizar frases como “ela não teve a intenção de causar dano ao paciente” pode não ser o mais apropriado. Isto porque, segundo o autor, nosso cérebro projeta duas intenções para cada ato, sendo a primeira relacionada ao ato em si e a segunda ao resultado que o ato produz. Revela, portanto, que existem cinco níveis de intenção, são eles: Erro humano, em que não há intenção; Comportamento de risco, onde o real risco não é reconhecido; Imprudência, indicando desprezo aos riscos; Conhecimento, no qual o dano é realizado

conscientemente e Propósito ou Finalidade, onde se tem como objetivo causar o mal.

Diante do propósito de estabelecer uma cultura justa, é necessário saber identificar em que nível foi produzido o erro ou dano ao paciente, de modo a tornar as causas conhecidas e estabelecer as soluções a serem conduzidas. Dessa forma, a Organização moldará seu ambiente de trabalho segundo o modo como a sociedade (ambiente), sua própria cultura e seus membros reagem para cada um destes níveis de intenção (MARX, 2019).

A prática em saúde é realizada de modo inter e multidisciplinar, assim o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente nas unidades hospitalares cabe a todos os envolvidos. Ainda, os achados da literatura indicam que, para o fortalecimento da cultura de segurança, faz-se necessário o embasamento na Ética, na comunicação e na cultura não punitiva, partindo do conhecimento prévio de que seres humanos são passíveis de errar (LEMOS, 2018).

No entanto, sabe-se que a Enfermagem constitui a maior força de trabalho no que tange às instituições de assistência à saúde e pesquisadores já indicaram o poder que a classe possui de transferir a cultura da organização para a área de segurança do paciente (XIE et al., 2017). Pelo fato de estar diretamente envolvida neste contexto, incorporar a cultura de segurança do paciente à práxis de enfermagem torna-se um desafio, visto que na ausência de práticas tem-se o aumento dos indicadores de morbimortalidade em nível mundial (REIS, 2018).

Em seu processo de trabalho, o enfermeiro integra o gerenciamento e o cuidado, o que é primordial para a consolidação de estratégias em prol da qualidade da assistência, das oportunidades de articular-se com demais níveis hierárquicos e equipes multiprofissionais, além de desenvolver e implementar planos de ação estratégicos. Portanto, o gerenciamento de enfermagem é fundamental para qualificar o impacto de medidas que proporcionem melhores condições de trabalho, bem como para a busca do cuidado com excelência (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, LIMA et al., 2016, SANTOS et al., 2017).

2.3 GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Desde Florence Nightingale na segunda metade do século XIX, discute-se o efeito dos mecanismos e engrenagens das instituições prestadoras de serviços de saúde relacionados à *práxis* do Enfermeiro (GOMES, 1991).

O gerenciamento parte da dimensão “administrar” e faz parte da prática cotidiana do enfermeiro nas Organizações de Saúde. Entende-se, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que o processo formativo de Enfermeiros busca desenvolver a competência de coordenar equipes e recursos, desenvolvendo ações em prol do cuidado e com vistas a evitar danos e alcançar a satisfação dos usuários (BRASIL, 2001).

A resolução 573 de 31 de janeiro de 2018 do conselho nacional de saúde (CNS) reitera as competências a serem desenvolvidas, sendo estas: assistência, ensino, pesquisa e gerência. O enfermeiro deve coordenar a equipe de enfermagem, gerenciar serviços e sistemas, realizar a gestão do cuidado e participar das instâncias de controle social (BRASIL, 2018).

A administração constitui a base e o suporte para o desenvolvimento e a instrumentalização de uma das dimensões do trabalho do Enfermeiro, o administrar, de modo a fornecer meios para gerenciar o cuidado ao paciente (TREVISAN, 1987; GEOVANINI et al., 2019).

A interlocução entre o gerenciamento de Enfermagem e a segurança do paciente tem sido sustentada pela literatura, visto que o gerenciar pelo enfermeiro objetiva a provisão das condições adequadas à provisão de cuidados como recursos humanos e materiais e tecnologias de saúde, tendo em vista a individualização do usuário na programação do cuidado (CECÍLIO, 2011).

Portanto, o enfermeiro é visto como intermediador na segurança do paciente, articulando os processos institucionais e assistenciais, identificando lacunas e riscos que expõem os pacientes a danos (FRANÇOLIN et al., 2015). Deste modo, as afirmações acima dispostas justificam o papel primordial do enfermeiro como auxiliador, para implementação do diagnóstico da cultura de segurança do paciente nas Organizações de Saúde.

Estudo realizado por Mororó et al. (2017) mostra a articulação entre o gerenciamento e a assistência e ressalta que as competências ligadas ao gerenciamento, como tomada de decisão, trabalho em equipe e comunicação, formam a base da conduta gerencial do enfermeiro frente a sua equipe. Ainda,

ênfatiza que o foco de toda função gerencial do enfermeiro deve ser o cuidado qualificado e integral ao usuário, com ênfase para a segurança do paciente.

Zambiasi e colaboradores (2013) dizem ser algumas das funções do enfermeiro em sua dimensão gerencial a organização e coordenação do serviço, sendo, portanto, a gerência essencial para a prestação de um cuidado eficaz.

Estudo realizado por Françolin et al. (2015) aborda o conceito de gerenciamento da segurança do paciente, que são as ações da gestão das Organizações de Saúde em prol da qualidade da assistência com vistas à melhoria da segurança do paciente.

A *World Health Organization* (WHO) destaca, desde 2008, as dezenas de milhões de lesões que acarretam incapacidades e óbitos aos pacientes, resultantes de procedimentos executados durante a assistência à saúde. Desta forma, a capacitação e o comprometimento de gestores constituem-se ferramentas legitimadas em prol da segurança do paciente (WHO, 2008, CARVALHO; CASSIANI, 2012).

Neste contexto, o enfermeiro é visto como facilitador de processos em prol da segurança do paciente, pois ao estar inserido na assistência é capaz de identificar situações de risco. Ao desenvolver as competências de liderança e trabalho em equipe, evidencia ser um colaborador para a melhoria da qualidade da assistência (LASCHINGER; SMITH, 2013).

Ainda, como participantes da equipe multiprofissional, entende-se que os enfermeiros são fundamentais para prover informações a respeito das peculiaridades da Organização a qual pertence, visto que assumem frentes gerenciais (COSTA, 2018).

Deste modo, o presente estudo destaca o papel crucial do enfermeiro para o diagnóstico da cultura de segurança do paciente, visto que, ao passo que pode atuar como interlocutor entre os gestores da Organização, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e equipe, também pode participar do diagnóstico, fornecendo as informações que forem necessárias ao mesmo.

O significado do termo qualidade para os serviços de saúde tem sido, desde a década de 1980, definido como atributos fundamentais à garantia de segurança (OMS, 1981). Neste sentido, o PNSP discute os pontos que necessitam

ser atendidos para entregar assistência com qualidade aos pacientes, como a minimização do risco e a excelência profissional, dentre outros (BRASIL, 2013).

Neste mesmo período, tornou-se crescente a produção de conhecimento a respeito da posição de gerente da assistência exercida pelo enfermeiro, especialmente no gerenciamento do cuidado. A literatura destaca que o gerenciamento atrelado à assistência confere esta qualidade, em contrapartida, quando há divisões acentuadas entre estas dimensões, tanto a qualidade como a segurança do paciente ficam comprometidas (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

A gerência atua como ferramenta para o desenvolvimento do cuidado e se organiza de modo a produzir resultados como a organização do serviço bem como, prover as condições necessárias à execução do cuidado (FELLI; PEDUZZI, 2014).

Torna-se válido reafirmar que não é possível desvincular a assistência à saúde e a forma como a Organização de Saúde estrutura-se para executá-la. Está evidenciado na literatura que a cultura da Organização determina seu comportamento e influencia no seu desenvolvimento. Foi devido a esta preocupação com a melhoria da qualidade que muitas Organizações de saúde realizaram mudanças em sua filosofia, bem como na infraestrutura fornecida aos colaboradores e aos pacientes (PEDREIRA, 2009).

Autoras de diversas pesquisas no campo do Gerenciamento de Enfermagem afirmam os pressupostos estabelecidos por Edgar Schein (1985-2001), quando delimitam a relevância que as crenças e valores perpetuados pelos fundadores e pela alta gestão da Organização exercem sobre as unidades e sobre os serviços de Enfermagem. Reiteram que conhecer os fatores contingenciais da cultura local é imprescindível para que o enfermeiro gerente esteja orientado sobre como planejar, coordenar e avaliar ações (JERICO; PERES; KUCKGANT, 2008).

Os enfermeiros, embasados na resolução COFEN Nº 564/2017 do Código de Ética, possuem o dever de:

Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

A Enfermagem se envolve nas atividades que dizem respeito à cultura de segurança do paciente, no desenvolvimento de ações visando liderar o processo de melhoria da qualidade da assistência nas instituições. O envolvimento dos gestores, demais profissionais e do próprio paciente e seus familiares é parte fundamental no processo do desenvolvimento da cultura de segurança (CAMPELO et al., 2018).

Estudo realizado com residentes multiprofissionais acerca do conhecimento sobre segurança do paciente, evidenciou que a enfermagem possui um maior domínio sobre o assunto. Inferiu-se que isto se deve ao fato de que os enfermeiros estão mais próximos aos pacientes, além de possuírem a dimensão gerencial como inerente à sua função, de modo a desenvolver estratégias para a segurança do paciente além de gerenciar a qualidade da assistência (OLIVEIRA et al., 2017).

Levando em conta que a avaliação da cultura de segurança do paciente exige recursos e ferramentas válidas, e a implementação de um plano de ação (ANDRADE et al., 2018), entende-se que este profissional pode contribuir tanto em frentes gerenciais quanto assistenciais, em prol da segurança do paciente.

Silva-Batalha e Melleiro (2015) reiteram que a enfermagem deve fazer uso da comunicação, trocar informações entre os setores e discutir a implantação ou aprimoramento de estratégias já existentes para a melhoria da qualidade e segurança do paciente, oportunizando o agir cooperativo na Organização de Saúde.

A partir da consolidação de práticas seguras, a Enfermagem encontra subsídios para planejar e implementar novas estratégias que aprimorem o cuidado ao paciente. Para isto, a literatura corrobora com o papel institucional que por sua vez deve oportunizar, moldar e integrar gestores e funcionários, ou seja, as ações partem de todas as esferas, da política à operacional (SILVA-BATALHA; MELLEIRO, 2015).

2.4 DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Ao longo dos capítulos anteriores conceituou-se Cultura Organizacional segundo o modelo de três camadas de Edgar Schein (2001). Verificou-se, portanto,

que a Cultura é um condensado de todos os processos existentes e experienciados pelos membros de uma Organização, sejam estes processos visíveis ou não, perceptíveis ou nem tanto assim. Por sua vez, a cultura influencia no comportamento Organizacional (GONZÁLES-LIMAS et al., 2018; LIMA et al., 2018).

A literatura consultada até este ponto possibilita conceber uma analogia, tendo a Cultura como causa e efeito de toda a forma de funcionamento da empresa como o cerne da questão. Assim como uma árvore, a filosofia, missão e a crença da Organização encontram-se na raiz, que por sua vez dá origem a um tronco de rituais - comportamentos e atitudes - compartilhados pelos membros e que se distribui como galhos, representados pelos aspectos mais visíveis da Organização - estética, símbolos e processos -.

A cultura de segurança necessita ser avaliada de modo sistemático, a fim de que as avaliações subsidiem ações mais assertivas, e contribuam para a assistência livre de danos e promoção do trabalho entre as equipes. Interpretar os dados com atenção é de extrema importância visto subsidiar ações por parte dos gestores (SILVA et al., 2017).

Destaca-se que na Organização de saúde uma cultura em prol da segurança é aquela que facilita processos, estratégias, que concede espaço a um gerenciamento direcionado à obtenção de melhores resultados, tanto para o trabalhador quanto para o paciente, e que apoia uma cultura não punitiva, desta forma aprendendo com os erros e aumentando o desenvolvimento da Organização (MANSER; BRÖSTERHAUS; HAMMER, 2016).

As pesquisas sobre cultura de segurança são realizadas com os membros da Organização, pois entende-se que eles são os atores que perpetuam os valores construídos que impactam na sua atuação (SCHEIN, 2001; GRIFFIN; MOORHEAD, 2006).

O processo de incorporação da Cultura Organizacional por seus membros se dá porque toda a Organização é constituída por uma estrutura que influencia nas atitudes e comportamentos dos funcionários. É esta estrutura que dita as regras de como será o seu funcionamento e de como as tarefas serão distribuídas e executadas (CHIAVENATO, 2005).

Por este motivo, as Organizações estão constantemente em busca de profissionais que se adequem às suas exigências, que sejam proativos, qualificados e flexíveis, no entanto, o comportamento do profissional será de igual modo dependente do grau de autonomia e iniciativa a que lhes é permitido. Desta forma, avaliar a cultura de uma Organização torna-se válido, pois faz-se necessária a obtenção de parâmetros que elucidem a compreensão de seu comportamento (BATISTA; PAGOTTY; SILVA, 2017).

Estudos têm produzido ao longo dos anos pesquisas com metodologias diversas. Estudos quantitativos e quali-quantitativos utilizam como estratégia para coleta de dados instrumentos autoaplicados denominados questionários, com conteúdo válido e com propriedades psicométricas adequadas, bem como utilizam entrevistas e grupos focais nas pesquisas qualitativas (GONZÁLES-LIMA et al., 2018).

Contudo, reforça-se que a maior parte das pesquisas que buscam avaliar a cultura de segurança e os fenômenos das instituições de saúde têm utilizado instrumentos que permitem decifrar apenas o clima de segurança do paciente (PUMAR-MÉNDEZ; ATTREE; WAKEFIELD, 2014).

Estudos recentes têm indicado que questionários autoaplicados utilizados de forma isolada não são eficazes para avaliar cultura de segurança (MORETÃO, 2019; GIMÉNEZ-MARÍN, et al., 2015). O vasto emprego destes instrumentos é devido à suas vantagens de aplicação prática e ágil, não dispendendo um tempo longo de pesquisa, ao tempo que podem ser distribuídos para muitos profissionais e entre diferentes setores (ANDRADE et al., 2018).

Apesar de assumir não ser possível diagnosticar a cultura com a utilização isolada de um instrumento, há de se considerar a necessidade da verificação do clima de segurança, para fins de planejamento por parte da gestão da Organização. A avaliação do clima de segurança possibilita a obtenção de dados que refletem a conduta organizacional que podem interferir tanto na qualidade quanto na segurança do paciente (CARVALHO et al., 2017).

Šklebar e colaboradores (2016) reiteram a importância de avaliar a cultura de segurança, visto ser esta uma prioridade determinada pelos órgãos ministeriais e objeto de políticas públicas. Esta avaliação é, portanto, um dos componentes para

a melhoria da qualidade da assistência, para gerir riscos e sugerir estratégias e articulações, visando a redução de EAs e danos aos pacientes.

Autores afirmam que mensurar o clima de segurança é o primeiro passo para a obtenção da cultura, porque é por meio do conhecimento sobre o clima que se perceberá as características do ambiente de trabalho, pontos positivos e fragilidades em prol da segurança, e o entendimento dos gestores locais sobre os processos executados. Além disso, o clima representaria um indicador confiável da cultura de determinado ponto, podendo ser reavaliada após a implantação de estratégias de melhoria (KOLANKIEWICZ et al., 2017; CARVALHO et al., 2017).

Os instrumentos validados para o cenário Brasileiro utilizados nas pesquisas de avaliação de cultura e clima de segurança são o *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) (CARVALHO; CASSIANE, 2012), *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012), Instrumento de Avaliação da Segurança de Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise (IASPRCH) (AGUIAR et al., 2018) e o *Patient Safety Climate in Healthcare Organizations* (PSCHO) (CUNHA; GUIRARDELLO, 2018).

Esses questionários são instrumentos que podem ser empregados na avaliação das Organizações de saúde, fornecendo subsídio aos gestores e *feedback* à equipe acerca da assistencial da assistência prestada. As propriedades psicométricas lhes conferem validade e capacidade de apresentar resultados científicos e significativos para o serviço (COLUCI, ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Os questionários mais utilizados internacionalmente são o SAQ (SEXTON et al., 2006) e a Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente - HSOPSC (NIEVA; SORRA, 2004). O HSOPSC foi disponibilizado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em 2004 e tem sido amplamente utilizado nas pesquisas de segurança do paciente em diversos continentes (SMITS et al., 2008; WATERSON et al., 2010; BODUR; FILIZ, 2010; PFEIFFER; MANSER, 2010; CHEN; HUNG-HIU, 2010; ITO et al., 2011; HEDSKÖLD et al., 2013; ROBIDA, 2013; OCCELLI et al., 2013; BRBOROVIĆ et al., 2014; ZHU et al., 2014; REIS et al., 2016).

Vale o destaque encontrado na literatura para o HSOPSC, pois apesar de ser intitulado como instrumento de pesquisa sobre cultura, foi considerado por pesquisadores como instrumento que mede clima de segurança, sendo

denominado em sua versão alemã como: “*Patient Safety Climate Inventory*” - “PaSKI”, que pode ser traduzido como lista ou registro do clima de segurança do paciente (COLLA et al., 2005). Fica em evidência o debate sobre os conceitos “clima” e “cultura” de segurança.

O SAQ também foi elaborado e validado nos Estados Unidos e têm sido amplamente utilizado para pesquisar clima de segurança internacionalmente e no Brasil. Igualmente ao HSOPSC, sua adaptação cultural foi realizada em nível transcontinental, com aplicação intra e extra hospitalar, para estes, pequenas modificações foram feitas a fim de adequar-se às diferentes especialidades como salas de cirurgia, lar de idosos, atenção primária e centros de emergência (SEXTON et al., 2006; GÖRAS et al., 2012; NILSSON et al., 2013; BONDEVİK et al., 2014; GABRANI et al., 2015; ZENERE et al., 2016; KETIS et al., 2017).

No entanto, é possível extrair fragilidades quando da utilização isolada de um questionário, por mais confiável que este seja. Silva e colaboradores (2016) concluíram ao utilizar o SAQ para pesquisar segurança do paciente na cultura organizacional em instituições hospitalares que as dimensões pesquisadas não mostraram pesos similares em relação à cultura da organização, justificando deste modo a necessidade de que haja estudos que busquem identificar quais são as dimensões relevantes a serem aperfeiçoadas dentro da realidade de determinado serviço.

Demais pesquisadores enfatizam que informações obtidas a partir do SAQ podem ser tendenciosas, o que cria viés na pesquisa. No entanto, o que merece maior destaque é o fato descrito ao longo deste estudo e corroborado pelos autores, de que por ser uma avaliação de clima de segurança e não de cultura, há uma constante necessidade de reavaliação do serviço ao invés de pesquisas pontuais. Isto porque com o passar do tempo, as percepções mudam, o contexto ambiental, político e tecnológico que envolve a Organização muda, influenciando-a e remodelando-a. No entanto, defendem a utilização de instrumentos que medem clima como um ponto de partida para os gestores (GABRANI et al., 2015).

O PSCHO é organizado em três níveis de cultura/clima de segurança tais como: organização, unidade de trabalho e interpessoal, sendo recomendado pelo *The Health Foundation* por sua rigorosidade psicométrica (BENZER; METERKO; SINGER, 2017).

Semelhante aos instrumentos anteriormente citados, o PSCHO foi patrocinado pela ARQH e baseado nas Organizações de alta confiabilidade, como a aviação comercial e porta-aviões nucleares, devido à natureza complexa dos procedimentos ali executados, onde o erro, assim como na assistência à saúde, pode ser catastrófico. Os instrumentos citados utilizam escala *Likert* de respostas para medir atitudes e percepções sobre o clima de segurança (SINGER et al., 2007; COLLA et al., 2015).

Ao longo do tempo, o instrumento sofreu algumas adaptações que resultaram em versões ligeiramente diferentes, indo de 38 a 45 itens, como forma de adaptação aos diferentes contextos. As pesquisas que utilizaram o instrumento realizaram comparações em diferentes instituições de saúde, até mesmo instituições de diferentes países como uma comparação entre instituições hospitalares nos EUA e China (SINGER; METERKO; BAKER, et al., 2007; SINGER; HARTMANN; HANCHATE et al., 2009; JACKSON; SARAC; FLIN, 2010; ZHOU et al., 2015). Atualmente a versão validada e adaptada para o contexto brasileiro contém 51 itens (CUNHA; GUIRARDELLO, 2018).

Até o momento a maioria das pesquisas que utilizaram o PSCHO encontra-se na China e nos Estados Unidos. O estudo de Zhou e colaboradores (2018), buscou verificar o clima de segurança em 80 hospitais terciários e 36 hospitais secundários, de administração pública, em Shanghai e na província de Gansu. Destaca-se que a pesquisa foi realizada com as equipes multiprofissionais, das quais os pesquisadores obtiveram respostas variáveis entre funções e departamentos. Infere-se, portanto, a relevância da pesquisa de cultura e clima organizacional em todos os estratos da Organização de Saúde.

As pesquisas realizadas nos Estados Unidos concentram-se nos hospitais sob administração de saúde dos veteranos, conhecidos no idioma original como *Veterans Health Administration* (VHA) (HARTMANN et al., 2008; HARTMANN et al., 2009; SINGER et al., 2009; ROSEN et al., 2010).

Estes estabelecimentos constituem um sistema de saúde, sendo esta a maior rede integrada que oferta serviços de saúde à população norte americana. Trata-se de um sistema de saúde de administração pública, considerado por diversos autores como possuidores de indicadores de qualidade do cuidado iguais ou melhores do que aqueles ofertados pela rede privada. Fazem parte desta rede

hospitais e clínicas nas comunidades (ASCH et al., 2004; KERR, 2004; LANCASTER et al., 2007; SHEKELLE et al., 2010; WATKINS et al., 2015; BARRY; BOWE; SUNEJA, 2016).

Não foram encontrados estudos em nível nacional até o momento utilizando o PSCHO, considerando que a tradução e validação para o contexto brasileiro se deu em 2018 por Cunha e Guirardello (CUNHA; GUIRARDELLO, 2018).

Dois aspectos que ocasionam vieses nas pesquisas de avaliação de cultura são o nível da análise e a metodologia adotada. O nível corresponde aos estratos de indivíduos analisados dentro da Organização, enquanto a metodologia torna-se frágil se ao fim da pesquisa não consegue sustentar a análise do diagnóstico obtido (RUSSO, 2017).

Para diagnosticar a cultura organizacional deve-se aplicar, além do questionário, entrevistas com os funcionários, a fim de obter além da análise quantitativa, os aspectos subjetivos, impossíveis de serem explicados com a utilização isolada de questionário autoaplicável. As entrevistas devem ser semiestruturadas e elaboradas a partir do questionário previamente aplicado, servindo como parâmetro para a elaboração das perguntas (MYERS; NEWMAN, 2007; RUSSO, 2017).

As etapas do modelo de diagnóstico de Russo (2017) serão adaptadas para esta pesquisa em Enfermagem, junto ao referencial teórico trazido no capítulo introdutório deste estudo. As fases da pesquisa estão dispostas no capítulo Materiais e Método.

2.5 MÉTODOS MISTOS NO DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Cada processo investigativo irá reivindicar uma abordagem metodológica, sendo a questão ou problema de pesquisa o responsável pelo agrupamento dos métodos que visam ao alcance dos objetivos. Ao se posicionarem a favor de um único paradigma, segundo o arsenal tecnológico que dispõem, muitos pesquisadores tendem a superestimar suas vias investigativas, desabonando as demais (SAUERBRONN, 2013; ABDALLA et al, 2018).

É neste sentido que John W. Creswell, com quatro décadas de ensino sobre os métodos mistos (MM), escreveu 28 livros sobre metodologia da pesquisa e as abordagens qualitativa, quantitativa e de métodos mistos que provê variados desenhos de pesquisa e atendem a uma diversa gama de propósitos investigativos. (STEPHENSON, 2018).

Creswell foi professor adjunto no curso de Medicina da família na Universidade de Michigan e consultor do centro de pesquisa dos serviços de saúde da *Veterans Administration*. Dentre alguns de seus trabalhos, fundou o *SAGE's Journal of Mixed Methods Research* e atualmente é co-diretor no Programa de Pesquisas com Métodos Mistos da mesma Universidade. Sua equipe de pesquisas na área inclui seu filho, David Creswell, que atua como professor associado de Psicologia, dirige o laboratório de performance e saúde humana da Universidade de Carnegie Mellon e lecionou sobre métodos de pesquisa na última década. (CRESWELL, J; CRESWELL, D, 2018).

Junto a demais pesquisadores tem afirmado a necessidade de deixar com que o problema de pesquisa seja o guia do caminho metodológico a ser percorrido, deixando de lado a escolha pré-concebida (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011; FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). O uso de métodos mistos foi desenvolvido em resposta à necessidade de esclarecer o objetivo de reunir dados quantitativos e qualitativos em um único estudo (CRESWELL, 2007; POLIT, 2011).

As pesquisas descritivas preocupam-se em observar, descrever e documentar aspectos, enquanto os métodos quantitativo e qualitativo em conjunto no diagnóstico da cultura organizacional permitem a compensação das deficiências e dos pontos obscuros de cada método isoladamente e a combinação deles pode ser sinérgica. O resultado desta integração é a potencialização do resultado do diagnóstico da cultura organizacional (RUSSO, 2017).

Para imergir no conceito do que é a abordagem de métodos mistos (MM) é preciso descrever o que ela não é, portanto, a pesquisa de MM não pode ser equiparada à pesquisa quali-quantitativa, ao passo que esta implica a coleta de ambos os componentes, porém sem integração. Logo, sendo este o diferencial dos MM, implica que a abordagem deve ter teorização, atribuição de peso entre os componentes e principalmente, integração dos dados (CRESWELL 2010; CRESWELL; PLANO CLARK, 2013; FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

A discussão sobre os benefícios de mesclar estas duas abordagens pode ser visualizada desde a década de 1970. Autores como Kilmann e Mitroff (1976), Downey e Ireland (1979), até os mais atuais como Greene (2008), Fielding (2012), Gibson, (2017), Turner, Cardinal e Burton (2017), Abdalla e colaboradores (2018), Kern (2018), realizaram ampla pesquisa sobre o potencial de colocar em conjunto os componentes.

Demais autores corroboram com a ideia de que a combinação de estratégias diferentes para a obtenção dos dados como aplicação de questionário e entrevistas, é benéfica, pois ao mesmo tempo que permite privacidade ao participante no momento do preenchimento do questionário, soluciona os *gaps* e obtém respostas mais completas (MALUFE; GATTI, 1987).

Segundo os autores a “entrevista centralizada no problema” com os membros da Organização é a técnica mais adequada para identificar os aspectos subjetivos da cultura, sendo essa uma estratégia que deve ser aplicada sempre que possível, pois retira o viés de inabilidade em responder questionários autoaplicados, além de revelar subjetividades, atitudes e condutas (GIL, 2008; FLICK, 2004; RUSSO, 2017).

Dentre os autores mais recentes, Abdalla e colaboradores realizaram ampla reflexão à dicotomia quali-quantitativa. Os autores afirmam que esta divisão não é benéfica à produção de conhecimento. Descrevem que pesquisadores e acadêmicos ao assumirem um perfil de pesquisa, determinam uma das abordagens para utilizar em suas pesquisas, ficando então conhecidos como pesquisador “quali” ou “quantitativo”. Assumir uma identidade única de produção pode conduzir a uma segregação epistemológica, e é neste momento que as produções são impactadas (ABDALLA et al, 2018).

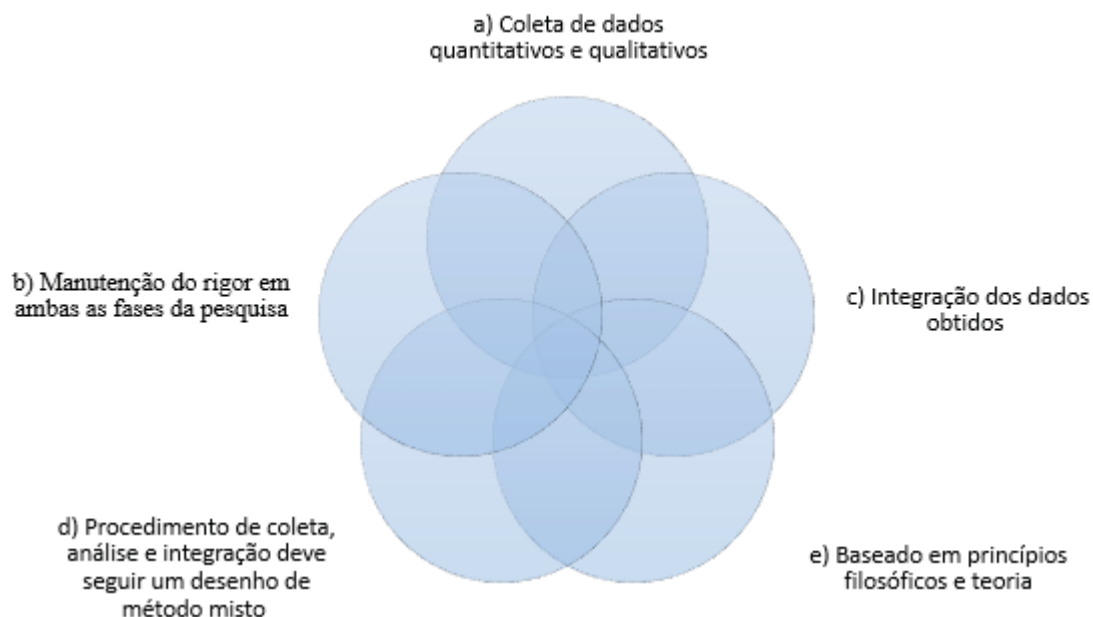
Esta pluralidade, que define os posicionamentos epistemológicos dos pesquisadores, é amplamente relatada na literatura e revela um reduzido número de integração dos componentes até a atualidade (ANDRÉ, 2001; GRECA, 2002; DAL-FARRA; LOPES, 2013).

A literatura comprova ao longo dos últimos 20 anos a proficuidade da mesclagem das referidas abordagens (LI; MARQUART; ZERCHER, 2000; IGO;

KIEWRA; BRUNING, 2008; SCHULZ et al., 2011). A utilização da abordagem de métodos mistos traz inovação ao cenário científico além de se mostrar valorosa para a investigação de fenômenos complexos (DAL-FARRA; FETTERS, 2017).

Os métodos mistos possuem cinco características singulares (FIGURA 3) (CRESSWELL, 2015).

FIGURA 3 – CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS



FONTE: A autora, baseada em (CRESSWELL, 2015)

Desta forma, as pesquisas de métodos mistos devem realizar a triangulação dos dados quantitativos e qualitativos a fim de que se atinjam seus objetivos da pesquisa ao invés de mera comparação entre os bancos de dados (CRESSWELL, D; CREWSWELL, J, 2018).

Sem dúvida o foco dos métodos mistos, como o próprio nome induz, é a integração. Esta é a chave mestra, sem sinergia entre os componentes qualitativo e quantitativo não há método misto. Por sinergia se entende a mixagem dos componentes seja ela em qualquer etapa da pesquisa. Um estudo pode ser conduzido coletando dados qualitativos e quantitativos sem necessariamente se integrarem, esta é uma outra abordagem (CRESSWELL; PLANO CLARK, 2011; FETTERS; CURRY; CRESSWELL, 2013; FETTERS; FRESHWATER, 2015b; FETTERS; MOLINA-AZORIN, 2017).

Os MM possuem características marcantes como pluralismo paradigmático, processos dinâmicos, contínuos, cíclicos e interativos. Apoia a diversidade nas diversas etapas da investigação, focaliza o problema de pesquisa e flexibiliza desenhos para melhor adequação. Além disso, incentiva a utilização de recursos visuais como fluxogramas, diagramas e figuras, como os *joint displays*, a fim de demonstrar a particularidade de cada componente no estudo (TASHAKKORI; TEDDLIE, 2010).

Atualmente os órgãos internacionais de pesquisa em métodos mistos incluem o *International Journal of Multiple Research Approaches*, com 13 anos de publicação (2007 e 2015 e republicado em 2017) e a *Mixed Methods International Research Association* (MMIRA), formada em 2013, que realiza conferências em diversos países sobre a metodologia (DAL-FARRA; FETTERS, 2017; SANTOS et al, 2020).

A última conferência internacional aconteceu em 2018 na cidade de Viena. Em 2019 a MMIRA discutiu sobre a criação de um capítulo latino-americano, o qual foi aprovado em abril de 2020. É possível enumerar alguns benefícios ao associar-se à MMIRA como; 1) participar dos grupos de estudos através dos *Massive Open Online Course* (MOOC) que acontecem periodicamente; 2) participar de seminários mensais (*Online*); 3) Concorrer ou ser nomeado membro do comitê executivo; 4) Estudantes possuem taxa reduzida para associar-se (SANTOS et al, 2020).

Em julho de 2020 o capítulo latino-americano liderou um painel dentre os 4 webnários que contou com seminários consecutivos sobre as iniciativas dos capítulos. Como forma de expandir as pesquisas de métodos mistos na América latina foi submetida proposta para sediar em 2020 a conferência internacional. Ainda, a MMIRA organizou junto à Universidade de Alberta (Canadá) uma série de webnários que podem ser encontrados na página oficial do *International Institute for Qualitative Methodology (IIQM)* da *University of Alberta* (SANTOS et al, 2020).

Creswell e Plano Clark (2011) pormenorizam a terminologia utilizada nos MM. A pesquisa pode ser descrita como “abordagem” ou “metodologia”, utilizada quando se queira estudar fenômenos multinível envolvendo o contexto (foco) e as influências da cultura que o cerceia. Nesta abordagem ou metodologia, a pesquisa se embasa no rigor das abordagens qualitativa e quantitativa de acordo com o desenho metodológico escolhido (DAL-FARRA; FETTERS, 2017).

A própria utilização das abordagens quantitativa e qualitativa em sua individualidade legitimam a utilização dos métodos mistos. Através de incontáveis estudos já realizados utilizando as abordagens qualitativa e quantitativa individualmente, sabe-se que elas proporcionam meios para a condução de uma investigação que visam a elucidação de um problema ou fenômeno (DAL-FARRA, 2010; CRESWELL, PLANO CLARK, 2011, DAL-FARRA; LOPES, 2013).

A pesquisa quantitativa quantifica, descreve, compara, modela, associa, mensura. Operacionaliza assim uma gama de estudos que necessitam desta abordagem seja em todas suas etapas ou em algumas delas. A pesquisa qualitativa busca pelas crenças, experiências, percepções, emoções. O fenômeno é analisado em seu local de origem (SPRATT; WALKER; ROBISON, 2004; CASTRO et al., 2010).

A pesquisa qualitativa surge com o intento de abordar os fenômenos produzidos por estas relações. Necessidade de compreender o universo ao redor. De estabelecer significado. A relação entre o indivíduo e o objeto ou elementos que o cercam produzem certo significado, impressões, faces. Não é uma metodologia estanque, mas dinâmica e que busca visualizar a parte maior (GUALDA et al., 1995).

A metodologia qualitativa é configurada a partir de cinco características segundo BOGDAN & BIKLEN (1992):

1. o ambiente onde se situa o fenômeno a ser pesquisado é a fonte primária dos dados e o pesquisador precisa imergir neste ambiente.
2. todos os elementos presentes no fenômeno devem ser minuciosamente descritos, pois o que pode se mostrar ordinário ao pesquisador tem potencial de ser peça chave para a compreensão.
3. o propósito do pesquisador deve ser o de dedicar-se ao processo, preocupando-se a priori com ele ao invés do produto.
4. o foco deve ser o significado que os indivíduos dão a vida e seus elementos relativos ao fenômeno que está sendo pesquisado.
5. não possuir hipótese prévia ou questões pré-determinadas não implica na inexistência de conduto teórico que embase a coleta e análise dos dados.

Sob outra ótica, as pesquisas quantitativas são fundamentadas no paradigma positivista e caracterizam-se pela sua objetividade, empirismo, dedução e validade. Nesta abordagem valoriza-se as medições que possam ser reproduzidas por demais pesquisadores de modo fidedigno, além de considerar as análises e descrições estatísticas mais favoráveis do que as verbais. Busca ainda sequenciar e comprovar cada etapa de seu processo. Em relação ao pesquisador, este deve manter distanciamento do fenômeno, assumindo posição de neutralidade (NASCIMENTO; CALVACANTE, 2018).

Tendo em vista as características de cada componente junto a seus benefícios e potencialidades, os métodos mistos objetivam agrupar para formar nova perspectiva, por meio da interpretação e mixagem dos dois componentes, a literatura ilustra os MM como “1+1=3”. Observa-se que o produto final é maior do que simples soma das partes, pois origina nova abordagem que provê diferentes subsídios às pesquisas (FETTERS; FRESHWATER, 2015).

Em meio a tantas vantagens que o método proporciona, cabe o pesquisador a pergunta “quando utilizar os métodos mistos?”, os autores apontam que esta abordagem tem lugar quando apenas um componente (quali ou quanti) não for suficiente; quando há necessidade de explanar resultados prévios por outra via de abordagem; para aprofundar e/ ou expandir processos investigativos (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

É necessário que esteja claro já no problema de pesquisa e durante sua fundamentação teórica questões-chave que combinem as terminologias quantitativa e qualitativa e que busquem combinar variáveis e experiências seja de cunho individual ou de um grupo (DAL-FARRA; FETTERS, 2017).

Diversos são os desenhos de pesquisa dentro da abordagem de métodos mistos. Estes desenhos definem o percurso metodológico, e dependem do problema de pesquisa. Existem desenhos que enfatizam a fase qualitativa, outros a fase quantitativa, no entanto todos objetivam a integração dos componentes. Para melhor descrevê-los o quadro a seguir elenca os principais desenhos extraídos das bibliografias de Fetters, Curry e Creswell (2013), Creswell (2015), Dal-Farra e Fetters (2017) e Creswell e Creswell (2018).

QUADRO 3 - DESENHOS DE MÉTODOS MISTOS E ESPECIFICIDADES QUANTO À ESCOLHA
(Continua)

| Desenhos Básicos | Exemplo de uso |
|---------------------------|---|
| Sequencial Explanatório | Este desenho objetiva explicar uma etapa quantitativa aplicando uma segunda etapa qualitativa. Possibilita análise aprofundada das variáveis que apresentaram dados exponenciais. |
| Sequencial Exploratório | Utiliza como primeiro passo o componente qualitativo a fim de explorar o fenômeno ou problema de pesquisa e segue-se com o componente quantitativo que possibilita analisar categorias, investigar variáveis, construir instrumentos de pesquisa. |
| Convergente | Utilização de questionários compostos por questões abertas e de múltipla escolha, ambos os dados são combinados e analisados de forma integrada. |
| Desenhos avançados | Exemplo de uso |
| Multiestágios | Caracteriza-se por três ou mais estágios envolvendo componentes diferentes de modo sequencial (ex: quali -> quanti -> quali) ou duas ou mais etapas convergentes (quali + quanti em cada etapa). |
| Estudos de intervenção | Caracteriza-se por estudo que inclui uma ação realizada pelo pesquisador. Em termos gerais há a predominância do componente quantitativo com momentos de explanação ou aprofundamento de variáveis que podem emergir das experiências dos sujeitos. |

QUADRO 4 - DESENHOS DE MÉTODOS MISTOS E ESPECIFICIDADES QUANTO À ESCOLHA (Conclusão)

| | |
|--|--|
| Estudos de caso com Métodos Mistos | Objetiva investigar o contexto de um caso em particular, seja de um indivíduo ou corporativo como um estabelecimento de saúde, instituições de ensino, programa de pós-graduação dentre outras possibilidades. |
| Pesquisa transformadora e pesquisa participativa | Neste desenho a comunidade se insere no ambiente de pesquisa na busca de elucidar questões sociais com a finalidade de promover mudanças em um determinado contexto. |

Fonte: A autora, adaptado de Dal-Farra e Fetters (2017)

Contudo, a pesquisa de métodos mistos apresenta desafios, tais quais o gerenciamento do tempo para que a pesquisa seja executada seja em duas ou mais fases, bem como o cumprimento do rigor científico de coleta e análise dos dados de cada componente metodológico e a integração dos dados conforme o peso que deve ser previamente atribuído a cada componente no momento da escolha do desenho a ser seguido (SANTOS J et al, 2017).

Dentre tamanha variedade de desenhos que podem ser explorados, o presente estudo adota o design sequencial explanatório para conduzir a investigação sobre cultura de segurança do paciente, visto que sua principal função é identificar variáveis que necessitam de maior atenção. Em outros termos, busca explicar os significados do que foi representado previamente de forma numérica (DAL-FARRA; FETTERS, 2017). Os motivos para a escolha deste desenho serão explanados no subcapítulo a seguir.

2.5.1 O desenho sequencial explanatório para a condução do diagnóstico de cultura de segurança do paciente

Segundo Creswell (2014), nos métodos mistos o desenho sequencial explanatório define a primeira e a segunda fase da pesquisa (FIGURA 4). No

primeiro momento da pesquisa conduz-se uma coleta de dados de caráter quantitativo, que após análise, servirá como fonte para aprofundar questionamentos ou *gaps* obtidos, e então sequencialmente, dá-se início a coleta de dados qualitativa com posterior análise dos dados.

FIGURA 4 – SEQUÊNCIA DAS FASES DE COLETA DE DADOS NO DESENHO SEQUENCIAL EXPLANATÓRIO



FONTE: A autora (2020)

O desenho sequencial explanatório adota a notação QUAN→qual, o que indica que o procedimento de coleta de dados se dará em sequência e com maior ênfase à primeira fase de coleta. Isto implica que a coleta de dados qualitativos depende dos dados quantitativos previamente coletados, este modelo também se denomina projeto preliminar quantitativo, no qual o pesquisador concentra-se em explanar os dados quantitativos obtidos na primeira fase, consequentemente dando maior ênfase à mesma (CRESWELL, 2014).

Após analisados os resultados da fase quantitativa, o pesquisador identifica quais destes requerem uma explicação adicional. As variáveis de interesse irão guiar a coleta de dados qualitativos.

O pesquisador é livre para definir a amostragem da fase qualitativa, podendo ser por conveniência. No entanto, os participantes devem ser extraídos da amostragem da primeira fase, devido ao intuito de *follow up*, ou seja, as variáveis que serão acompanhadas – exploradas - para a fase qualitativa. No que se refere à validade, o pesquisador deve prontamente estabelecer escores para a primeira fase, de modo a planejar ao que e como se dará o *follow-up* (CRESWELL, J; CRESWELL, D, 2018).

O ponto de integração neste desenho é exatamente após a segunda análise (qualitativa), quando os bancos de dados serão interpretados e discutidos em um terceiro tópico (CRESWELL, J; CRESWELL, D, 2018). Após os dados coletados e analisados será realizada a inferência e a mixagem (integração), a fim de atender ao questionamento do estudo proposto.

A cultura de segurança do paciente, conforme contextualizada ao longo dos capítulos anteriores, exige mais do que investigação superficial. Neste desenho segue-se o percurso metodológico em duas fases, a primeira quantitativa (preliminar) e a segunda qualitativa. Em ambas as fases se prossegue o rigor metodológico concernente ao componente, como amostragem, instrumentos de coleta e armazenamento de dados. A análise se dá em momentos distintos, sequencialmente (CRESWELL, J; CRESWELL, D, 2018).

Ao aplicar primeiramente um questionário de clima de segurança é possível obter, como explanado em capítulo anterior, dados sobre as percepções dos profissionais, atuantes direta ou indiretamente na assistência, da segurança do paciente. Ao proceder a análise dos questionários é provável que o pesquisador se depare com fatores que apresentaram melhores ou piores scores, o que demanda maior investigação tanto a despeito dos pontos fortes quanto fracos da cultura de segurança percebida pelos funcionários, prosseguindo então a aplicação de entrevistas.

Fica claro que o intuito da análise destes dois procedimentos metodológicos em sequência não é meramente comparar os bancos de dados, mas identificar potencialidades ou fragilidades a serem explanadas. A discussão, pós-integração dos dados, deverá apontar quais variáveis foram elucidadas ou necessitam ainda de maior aprofundamento, demandando o planejamento da continuação da pesquisa (CRESWELL, J; CRESWELL, D, 2018).

2.5.2 A integração de dados no desenho sequencial explanatório

Optou-se por explicar de modo mais detalhado as formas de integração e apresentação dos dados nas pesquisas de métodos mistos, especificamente no desenho sequencial explanatório, visto que as terminologias “triangulação” e “integração” no contexto metodológico de pesquisa não são por si mesmas autoexplicativas, visto que para cada desenho misto a triangulação acontece de forma específica.

Desde o momento que os componentes quantitativo e qualitativo foram combinados para gerar dados conectados, diferentes pesquisadores propuseram nomenclaturas que pudessem refletir a abordagem mista, como triangulação de

dados, pesquisa combinada/integrada, investigação multimétodo, estudo híbrido e metodologia mista, chegando na terminologia mais utilizada nas pesquisas atuais que é pesquisa de métodos mistos (CRESWELL, J; CRESWELL, D, 2018).

A integração dos dados para formar um todo coerente é pré-requisito para atingir o critério de rigor científico da pesquisa de métodos mistos (SANTOS J et al, 2017). A forma de integrar varia conforme o desenho e é apresentada por meio da narração e da exibição conjunta (*joint displays*) (LORENZINI, 2017).

No desenho sequencial explanatório, a integração é feita por conexão (*connecting*), de modo que a segunda parte dos dados (qualitativa) é conectada à primeira, diferindo dos demais desenhos, como por exemplo o concomitante, que integra ao fim da pesquisa. Esta forma de integração subentende que a amostragem de um componente advém das informações prévias obtidas do outro componente (DAL-FARRA; FETTERS, 2017).

Lorenzini (2017) demonstra o processo de interconexão dos dados no desenho sequencial explanatório, deixando nítido o contraste existente quando comparado à, por exemplo, uma pesquisa concomitante, a qual integra os dados ao final da pesquisa (SANTOS J et al., 2017). Apresentar os dados de forma conjunta por recurso visual permite melhor visualização dos processos de análise e interpretação dos dados, quando comparado ao uso exclusivo de palavras (LORENZINI, 2017).

Os *joint displays* são muito utilizados, pois proporcionam uma exibição clara de ambas as fases da pesquisa concernentes aos componentes quantitativo e qualitativo (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). É possível expor por exemplo os objetivos de cada fase, pergunta norteadora, técnica de coleta de dados, instrumentos aplicados, amostragem, tratamento e análise dos dados, resultados e conclusão, como exemplificado a seguir (QUADRO 3).

QUADRO 5 - EXEMPLO DE *JOINT DISPLAY* PARA APRESENTAÇÃO CONJUNTA DOS DADOS

| QUADRO 5 – EXEMPLOS DE CONTEÚDOS PARA APRESENTAÇÃO CONSUNTA DOS DADOS | | | | |
|---|--|---|----------------------|---------------------|
| Fase 1 (Quantitativa) | Aplicação de questionários aos enfermeiros do setor 5 | Estatística descritiva/ teste de Fisher/Escores médios/Comparação de médias | Convergências | Divergências |
| | Inferências | | Fase 1 | Fase 2 |
| | Obtenção de variáveis a serem exploradas | | | |
| Fase 2 (Qualitativa) | Aplicação de entrevistas individuais gravadas, amostragem por conveniência | Análise temática do discurso | | |
| | Meta-inferências | | | |
| | Apresentação dos dados triangulados | | | |

FONTE: Adaptado de Fetters, Curry e Creswell (2013)

Guetterman e colaboradores (2015) elencam pontos-chaves a serem considerados para a execução rigorosa da pesquisa de métodos mistos, dentre eles a consistência quanto à integração dos dados. Os outros pontos importantes são a identificação dos resultados quantitativos e qualitativos, a fidelidade quanto ao desenho escolhido e as inferências geradas a partir deles.

A partir da integração, inicia-se o processo de elaborar as metainferências, verificando se houve: 1) convergência entre os resultados; 2) expansão da compreensão do fenômeno a partir da identificação de divergências por acessarem diferentes aspectos do objeto de estudo; 3) complementaridade entre os componentes qualitativos e quantitativos, no qual o primeiro dá a magnitude e o segundo, a natureza das associações; e 4) discordância, com a verificação clara de incongruências entre os dados (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

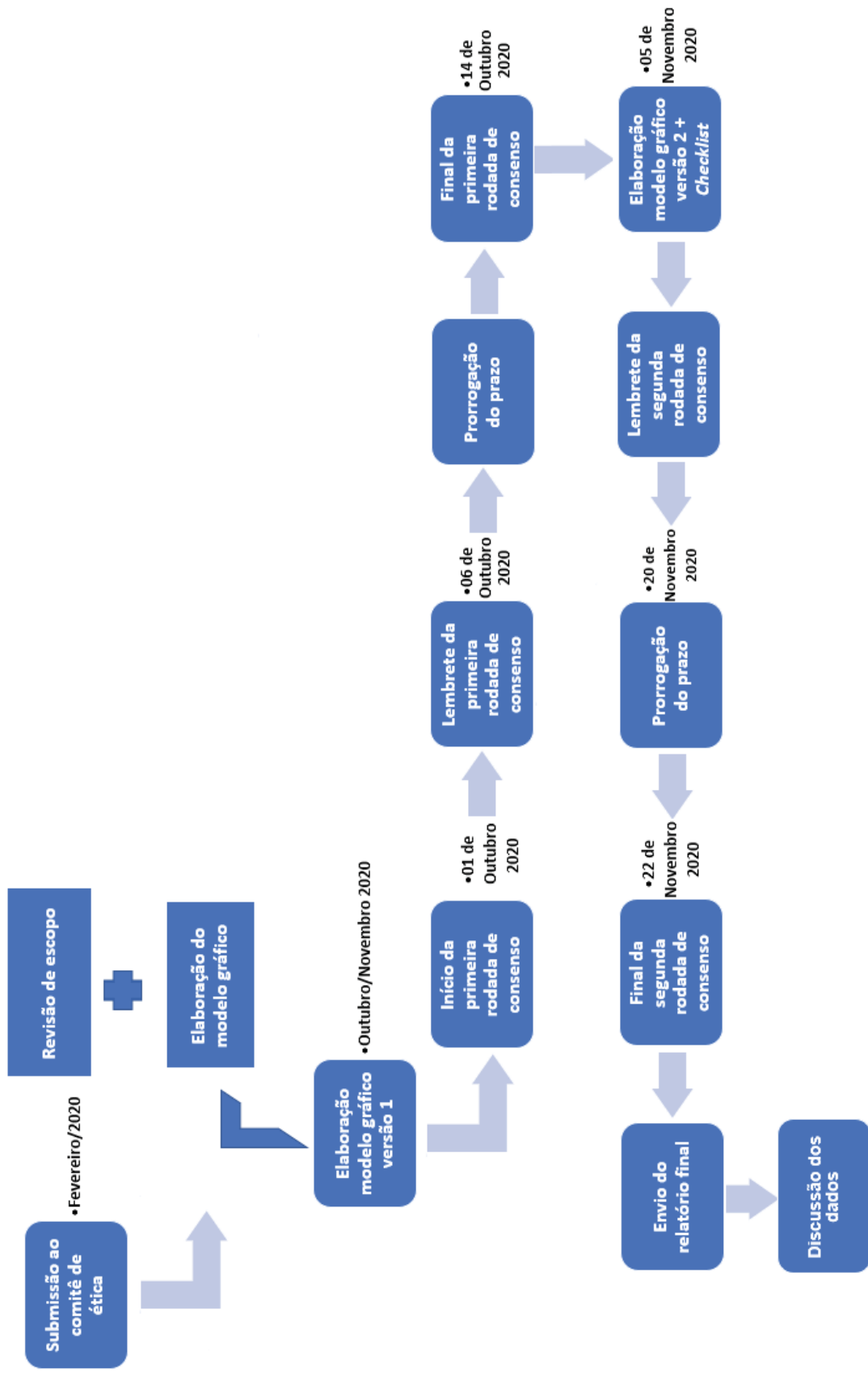
Ao integrar os dados na pesquisa de cultura de segurança do paciente, almeja-se atender às demandas deste fenômeno, na busca de decifrá-lo. Tendo por suporte teórico a revisão apresentada, o capítulo a seguir detalha os procedimentos da pesquisa e seus pormenores.

3 MATERIAIS E MÉTODO

Neste capítulo descreve-se a trajetória metodológica adotada, que contém os seguintes tópicos: delineamento e tipo do estudo, cenário, participantes, coleta de dados, análise de dados e aspectos éticos. A pesquisa seguiu os seguintes procedimentos em ordem cronológica: envio do projeto de pesquisa ao comitê de Ética em Pesquisa, elaboração da primeira versão do modelo gráfico, primeira e segunda rodada da Técnica Delphi e relatório final.

O esquema gráfico a seguir (FIGURA 5) apresenta o percurso metodológico da pesquisa e as datas da realização de cada etapa.

FIGURA 5 – PERCURSO METODOLÓGICO



FONTE: A autora (2020)

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, sob o parecer 4.150.208, CAAE: 28895420.2.0000.0096.

Foi dada a opção de preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por assinatura digital, assinatura física digitalizada ou ainda, por gravação de voz, conforme deliberação da CONEP de 09 de maio de 2020 (APÊNDICE 1). As orientações para assinatura e gravação do áudio foram encaminhadas por e-mail, junto ao *link* de acesso à plataforma de avaliação.

Os participantes foram codificados segundo as iniciais e nenhuma identificação foi fornecida durante a descrição dos resultados.

Os TCLEs (APÊNDICE 2) foram armazenados no *e-mail* utilizado para a pesquisa, além de *backup* no Google Drive® e junto ao demais documentos da pesquisa, serão arquivados sob responsabilidade das pesquisadoras por cinco anos após o término do estudo, conforme prazo estabelecido pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº466/2012 e nº510/2016.

3.2 DELINEAMENTO E TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica com vistas a construir um guia prático para o diagnóstico da cultura de segurança do paciente, a partir da abordagem de métodos mistos. A pesquisa metodológica visa desenvolver, avaliar ou validar ferramentas e métodos de pesquisa (LIMA, 2011; POLIT, 2018).

Os três procedimentos de Luiz Pasquali (1997) (teóricos, empíricos e analíticos) guiam a execução criteriosa da pesquisa metodológica. Este modelo pertence à Psicologia e é comumente empregado no desenvolvimento de escalas que se aplicam a teste psicológicos, chamadas escalas psicométricas. Contudo,

este modelo é utilizado nas pesquisas de Enfermagem que se propõem a elaborar instrumentos que medem fenômenos subjetivos (MEDEIROS et al., 2015).

O primeiro procedimento diz respeito à etapa teórica da pesquisa, que fundamenta a construção dos instrumentos de medida. O segundo procedimento consiste em aplicar a versão piloto do instrumento, coletando informações que sejam propícias à avaliação de suas propriedades psicométricas. Por fim, o terceiro procedimento visa aplicar propriamente o instrumento de medida, executando análises estatísticas com vistas à validação. Por fim, o terceiro procedimento, analítico, determina as análises estatísticas necessárias para validar um instrumento de medida (PASQUALI, 2010).

Os procedimentos de Pasquali (2010) foram adaptados para esta pesquisa, sendo empregado apenas o procedimento teórico com vistas à validação de conteúdo, visto não se tratar de um instrumento de medida.

3.2.1 Procedimentos teóricos

Correspondendo ao procedimento teórico, foi realizada uma pesquisa em fontes secundárias, por meio de uma revisão de escopo a respeito dos aspectos metodológicos dos estudos de cultura e clima de segurança do paciente no contexto hospitalar nos últimos 20 anos. Esta periodicidade foi escolhida considerando o início das discussões em nível mundial sobre a temática e o fomento à realização de pesquisas sobre Segurança do Paciente.

A revisão seguiu as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI), e foi registrada na plataforma *Open Science Framework* (OSF) (SILVA, 2020). Foram utilizadas as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Web of Science* (WoS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl).

Os resultados foram reportados segundo os critérios dos itens de relatório preferidos para revisões sistemáticas e extensão de meta-análises (PRISMA-ScR). A última versão da revisão está disponível no idioma Inglês (APÊNDICE 3), exclusivamente para fins de defesa desta pesquisa, visto que está em análise em periódico científico. A partir dos dados encontrados, verificou-se uma lacuna

existente na aplicação de metodologias inovadoras para avaliar a cultura de segurança do paciente.

Identificou-se a prevalência de estudos com abordagem quantitativa que demonstram vieses de pesquisa pelo uso exclusivo de questionários autoadministrados. A revisão está em fase de análise em periódico científico e sumarizada no tópico “Resultados”.

A alta prevalência de estudos utilizando a abordagem quantitativa revelou a necessidade de desenvolver um Guia que organizasse de modo prático os passos para a condução do diagnóstico da cultura de segurança do paciente, fundamentado nas teorias da disciplina de Administração de Empresas, especificamente no que tange ao diagnóstico da Cultura Organizacional.

Foi então dado seguimento a uma ampla revisão narrativa sobre os conceitos-chaves dos seguintes tópicos: 1) Cultura Organizacional, 2) Segurança do paciente, 3) Gerenciamento de Enfermagem e a segurança do paciente, 4) Diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente e 5) Métodos Mistos no Diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente, previamente apresentados no capítulo “Revisão de literatura”.

Para atender à demanda identificada na literatura, foi proposto um percurso metodológico para o diagnóstico de segurança do paciente, elaborado em formato de modelo gráfico a ser julgado por um comitê de especialistas.

Após finalizada a primeira rodada, a literatura foi reconsultada, a fim de fornecer esclarecimentos aos especialistas sobre termos e conceitos utilizados na pesquisa, bem como estabelecer fundamentação teórica para considerar ou não as sugestões recebidas para readequação do modelo.

3.2.2 Elaboração do modelo gráfico

A partir do entendimento da cultura organizacional como um conjunto de valores, o presente estudo utilizou como referencial teórico-metodológico para a elaboração de um modelo de diagnóstico de cultura de segurança do paciente o modelo proposto por Russo (2017) (QUADRO 4), que se utiliza dos valores Organizacionais para diagnosticar a Cultura Organizacional.

Este modelo de diagnóstico de Cultura tem sido aplicado em empresas de diferentes naturezas, no entanto, até o momento não foram encontrados estudos na área da saúde utilizando o modelo de diagnóstico da Cultura Organizacional proposto pelo autor.

QUADRO 6 - ETAPAS DO DIAGNÓSTICO DA CULTURA ORGANIZACIONAL DE RUSSO

| ETAPAS | DEFINIÇÃO |
|-----------|--|
| Etapa I | Definição e tamanho da amostra (métodos de recrutamento, amostragem probabilística estratificada) |
| Etapa II | Seleção dos indivíduos da amostra (estratificar por níveis hierárquicos, identificar <i>stakeholders</i> , aleatorizar os participantes) |
| Etapa III | Instrumentos e Coleta dos Dados (questionários, entrevistas, roteiros estruturados ou semiestruturados) |
| Etapa IV | Tratamento dos dados (tabular, transcrever, analisar segundo rigor metodológico de cada abordagem) |
| Etapa V | Relatório Final (apresentação dos dados de modo conciso por meio de gráficos, figuras e tabelas) |

FONTE: Adaptado de Russo (2017)

A metodologia de Russo (2017) possui diversas recomendações, algumas delas estão elencadas abaixo:

- O diagnóstico da cultura organizacional pode ser realizado exclusivamente com a percepção dos empregados (interna). No entanto, o recomendado é verificar os demais *stakeholders*².
- A amostra deve ser representativa. Recomenda-se que os indivíduos sejam selecionados de forma probabilística, para permitir a generalização do resultado na empresa a um determinado grau de confiança.

² Stakeholders: Diz respeito às partes que influenciam a gestão da Organização. Prefácio: Diagnóstico da Cultura Organizacional - RUSSO (2017).

- A combinação da entrevista com o questionário é bem-sucedida na obtenção de taxas de respostas, ao mesmo tempo que permite ao respondente privacidade no preenchimento do questionário.
- Os principais instrumentos que podem ser utilizados na pesquisa quantitativa são os questionários de valores organizacionais, práticas organizacionais, dimensões, da cultura organizacional e comprometimento.
- Para a pesquisa qualitativa, devem ser formuladas questões alinhadas às variáveis dos questionários para validar e exemplificar respostas. Das entrevistas surgem as citações que compõem o diagnóstico organizacional.
- O diagnóstico da cultura organizacional deve ser apresentado de modo mais detalhado possível, mas simultaneamente conciso para evitar que o leitor perca o foco. É recomendável que se utilizem gráficos, figuras e tabelas que auxiliem na leitura e compreensão dos resultados.
- Um relatório completo é composto, também, por um plano de ação que orienta a empresa sobre as ações mais adequadas para reduzir as distancias entre as subculturas existentes.

O autor propõe a aplicação da metodologia híbrida, também denominada pesquisa de métodos mistos, visto que se utiliza de dados quantitativos e qualitativos para a obtenção dos dados (CRESWELL, 2010). A mixagem dos dados, ponto principal da metodologia é propícia ao diagnóstico da cultura de segurança do paciente.

Desta forma, as etapas do modelo de diagnóstico de Cultura Organizacional de Russo (2017) foram adaptadas para a pesquisa em Enfermagem, junto ao referencial teórico de Cultura Organizacional de Edgar Schein (2001), apresentado na seção 2.1 “Cultura Organizacional”.

A partir do modelo de Russo (2017), foi elaborado um modelo gráfico contendo etapas, descrição das etapas e o passo-a-passo contendo os procedimentos a serem executados para realização do diagnóstico da cultura de segurança. A seguir estão dispostos os elementos que constituem o modelo gráfico.

Foram desenvolvidas inicialmente cinco etapas para condução do diagnóstico. Após a primeira rodada de consenso, surgiu a necessidade de

acrescentar uma etapa pela necessidade de dividir em duas uma das etapas anteriores, para trazer clareza quanto ao sequenciamento das mesmas. A fim de ser encaminhado para avaliação pelos especialistas, os elementos que constituíram o modelo foram denominados como “Itens” e enumerados da seguinte forma:

- I - Título Geral;
- II - Etapas do diagnóstico;
- III - Detalhamento da Etapa;
- IV - Método.

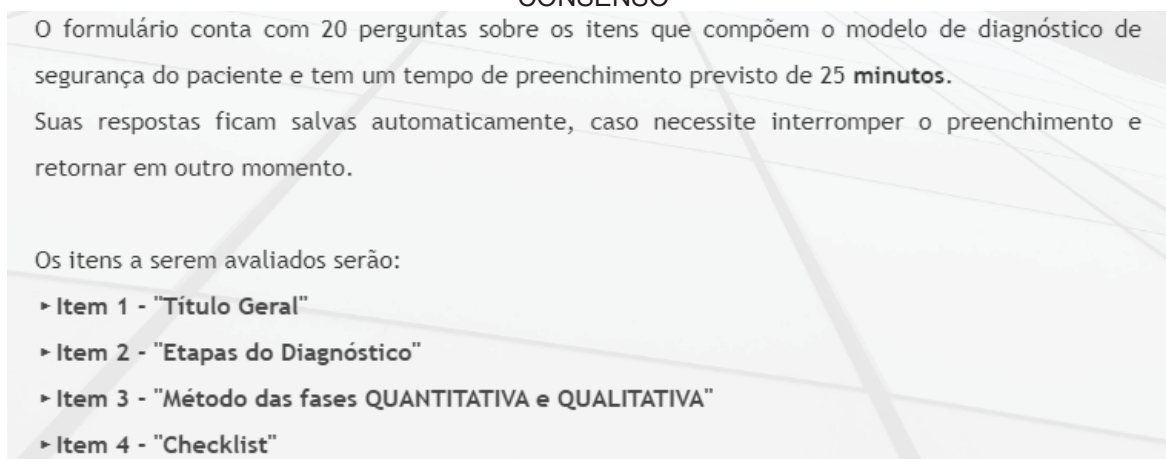
As etapas do diagnóstico em sua primeira versão, enumeradas com números romanos, foram: Etapa I – Definição e tamanho da amostra; Etapa II – Seleção dos Indivíduos; Etapa III – Coleta dos Dados; Etapa IV – Análise dos Dados; Etapa V – Mixagem dos dados e relatório final.

O conteúdo presente nos Itens III e IV, bem como os demais componentes do modelo podem ser consultados no Apêndice 4.

Similarmente, para a segunda rodada foi desenvolvida a segunda versão do modelo, após aplicadas as sugestões dos especialistas. Deste modo foram realizadas diversas alterações, conforme descrito no capítulo “Resultados”.

Nesta rodada todos os itens foram identificados não mais no modelo gráfico, mas diretamente na plataforma do *Survey Monkey*® (FIGURA 6), onde foram realizadas as avaliações.

FIGURA 6 – IDENTIFICAÇÃO DOS ITENS A SEREM AVALIADOS NA SEGUNDA RODADA DE CONSENSO



FONTE: Print de tela extraído da plataforma *Survey Monkey®* (2020)

Nota-se que nesta versão, o Item 3 que na primeira versão era o “Detalhamento da Etapa”, foi substituído pelo “Método das fases QUANTITATIVA e QUALITATIVA” e o Item 4, que anteriormente correspondia ao “Método”, passa a ser o “*Checklist*”, desenvolvido para atender às sugestões dadas na primeira rodada de consenso.

Ainda, na segunda versão as “Etapas do Diagnóstico” sofreram alterações e passaram a ser identificadas com números arábicos, de 01 a 06, da seguinte forma:

- 01 - Definição da amostra
- 02 - Coleta de Dados
- 03 - Análise de Dados
- 04 - Seleção dos Indivíduos
- 05 - Coleta e Análise dos Dados
- 06 - Mixagem dos Dados

O *Checklist* foi elaborado a partir do conteúdo que pertencia ao Item “Detalhamento da Etapa” da primeira versão e está descrito no capítulo “Resultados”.

3.2.3 Seleção dos especialistas

A seleção dos especialistas seguiu a abordagem não probabilística intencional, caracterizada principalmente por não selecionar os participantes de forma aleatória, sendo aplicados critérios bem delimitados de inclusão e exclusão.

Esta forma de amostragem comunica que foco do pesquisador não é a representatividade numérica, mas sim o interesse na opinião de um certo grupo de pessoas que compartilham de elementos em comum, como a expertise na temática (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Os especialistas foram selecionados via plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), utilizando o campo de busca simples pelo “Assunto (título ou palavra-chave da produção)” com as palavras-chave “Segurança do Paciente”, “Enfermagem” e “Cultura organizacional” (FIGURA 7).

FIGURA 7 – BUSCA POR EXPERTS

Buscar Currículo Lattes (Busca Simples) Busca Avançada

Buscar por:

Selecione o modo de busca ☐ Nome ☒ Assunto(Título ou palavra chave da produção)

"Segurança do paciente" AND "Enfermagem" AND "Cultura organizacional"

Nas bases ☒ Doutores ☒ Demais pesquisadores (Mestres, Graduados, Estudantes, Técnicos, etc.)

Nacionalidade: ☒ Brasileira ☐ Estrangeira

País de nacionalidade: Todos

Tipo de filtro

Filtros Preferências

☐ Bolsistas de Produtividade do CNPq ☐ Outros Bolsistas do CNPq

☐ Formação Acadêmica/Titulação ☐ Nível do Curso de Pós-graduação onde é Docente

☐ Atuação profissional ☐ Atividade de Orientação

☐ Idioma ☐ Áreas ou Setores da Produção em C&T

☐ Atividade Profissional (Instituição) ☐ Presença no Diretório de Grupos de pesquisa

Buscar

FONTE: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (2020)

3.2.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos para compor o painel de especialistas os profissionais Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas, Psicólogos, Nutricionistas e Farmacêuticos, com experiência prática ou de pesquisa descrita no Currículo Lattes, na temática segurança do paciente nos últimos cinco anos, que possuam mestrado ou

doutorado, que obtenham no mínimo 5 (cinco) pontos dos critérios de Joventino (2010) (FIGURA 8).

FIGURA 8 – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE EXPERTS

| <i>Crítérios de classificação de experts</i> | <i>Pontuação</i> |
|---|-------------------------|
| Ser doutor | 4p |
| Possuir tese na área de interesse do construto* | 2p |
| Ser mestre | 3 p |
| Possuir dissertação na área de interesse do construto* | 2 p |
| Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse do construto* | 1p |
| Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, 5 anos na temática do construto de interesse* | 2p |
| Ser especialista em área relacionada ao construto de interesse* | 2p |

FONTE: Joventino (2010, p.65)

3.2.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos os especialistas que não tiveram seus currículos atualizados na Plataforma Lattes nos 24 meses anteriores à busca, ou não tiveram produção de qualquer natureza na área de segurança do paciente nos últimos dois anos.

O convite aos especialistas que atenderam aos critérios de inclusão foi realizado a partir da busca dos e-mails, por meio do buscador do Google®. Os e-mails foram coletados pelo domínio escavador.com ou por meio dos estudos publicados e demais produções dos especialistas disponíveis nas bases de dados.

Aqueles aos quais não foi possível encontrar o e-mail por meio das estratégias descritas, receberam convite através da aba Contato na plataforma do currículo Lattes, solicitando a confirmação de E-mail para contato. Foi utilizado o e-mail institucional da pesquisadora para fins de registro de todos os envios e devolutivas em pastas específicas.

3.2.6 Rodadas de consenso

Foram conduzidas duas rodadas de consenso utilizando a técnica Delphi Online. A técnica Delphi permite elucidar problemas complexos, por meio das

sugestões que são compartilhadas dentro de um grupo de especialistas, de modo a se chegar em um consenso (ROZADOS, 2015).

Scarpato e colaboradores (2012) relatam a operacionalização da técnica como se segue: seleção de um painel de especialistas de acordo com critérios de elegibilidade e envio de convite formal para participar do estudo; elaboração do questionário que será utilizado na primeira rodada com prazo determinado para devolutiva.

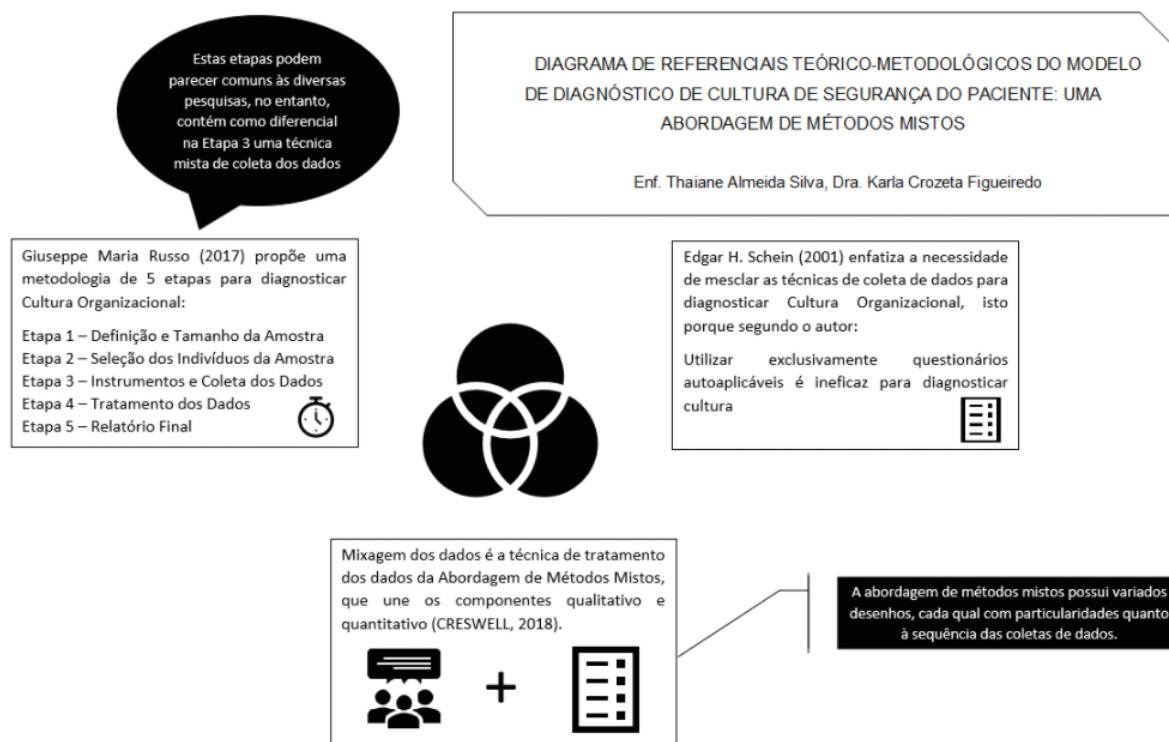
Após a primeira rodada de consenso, todos os itens devem ser avaliados quantitativamente e qualitativamente, de modo que aqueles que já obtiverem consenso devem ser excluídos do novo documento que será elaborado para a rodada seguinte.

Um novo documento é então enviado para a segunda rodada com a compilação dos resultados obtidos anteriormente, como forma de devolutiva (*feedback*) e possibilitando a interação das sugestões, que novamente serão analisadas. A partir da segunda rodada os especialistas podem reavaliar o próprio julgamento ao se confrontar com os demais apontamentos, subsidiando-os em manter ou alterar o que foi previamente sugerido. Este processo se repetirá até que se chegue no nível de consenso desejado, sendo este valor determinado pelo pesquisador, de acordo com a metodologia adotada e resposta ao problema de pesquisa (SCARPATO et al., 2012).

As rodadas foram conduzidas através da plataforma *Survey Monkey*® por meio de um formulário de avaliação de conteúdo contendo 31 questões na primeira rodada, sendo cinco de caracterização profissional (APÊNDICE 5).

O formulário foi dividido em quatro seções: 1º) Boas-vindas: texto de boas-vindas acompanhado de breve descrição da pesquisa. Nesta seção foi incluído um diagrama (FIGURA 9) que relaciona os referenciais teórico e teórico-metodológicos.

FIGURA 9 – DIAGRAMA DE REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS



FONTE: A autora (2020)

Além disto, foi disponibilizado um *link* disponível apenas para leitura, hospedado pela plataforma *Google Drive*®, contendo a contextualização da questão de pesquisa, casuística e os conceitos e modelos utilizados como referenciais teóricos. 2º) Descrição do formulário, especificando o tempo médio para preenchimento e apresentando quais itens seriam avaliados bem como os pesos das avaliações. 3º) Dados profissionais com 5 questões: “1-Inclua as iniciais do seu nome completo”, “2-Sexo”, “3-Qual sua maior titulação?”, “4-Qual sua profissão?”, “5-Qual seu tempo de formação?” 4º) Itens para serem avaliados (APÊNDICE 6). Foram elaboradas quatro perguntas de múltipla escolha, formatadas da seguinte forma.

Cada questão contou com um campo que permitia com que os especialistas escrevessem suas sugestões, caso a avaliação de cada item fosse de 1 a 2 estrelas (não adequado e pouco adequado, respectivamente).

As questões de múltipla escolha avaliaram 4 itens, sendo eles:

- Layout
- Cor

- Fonte
- Conteúdo

Estes itens visaram obter consenso dos aspectos estéticos e linguísticos, além do conteúdo. Cada item a ser avaliado foi numerado (FIGURA 10), a fim de operacionalizar a avaliação pelos especialistas.

FIGURA 10 – EXEMPLO DE QUESTÃO DE AVALIAÇÃO DE CONSENSO

* 6. **Sobre o Layout do item 1, você considera:**

| Não adequado | Pouco adequado | Consideravelmente adequado | Muito adequado |
|--------------|----------------|----------------------------|----------------|
| ★ | ★ | ★ | ★ |

Para 1 ou 2 estrelas, especifique quais os pontos a serem considerados para readequação:

FONTE: Print de tela extraído da plataforma Survey Monkey® (2020)

Os convites foram enviados por *e-mail* (APÊNDICE 7). Após o aceite, foram iniciadas as rodadas da Técnica Delphi via plataforma *Survey Monkey*®, com o envio da primeira versão do instrumento, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e prazo para devolutiva (APÊNDICE 8). Foi definido um prazo de 08 dias para a devolutiva de cada rodada, com envio de e-mail lembrete na metade do prazo inicial (APÊNDICE 9). A primeira rodada foi estendida em 5 dias devido a problemas no envio de alguns e-mails (APÊNDICE 10).

Similarmente, o início da segunda rodada foi comunicado por *e-mail*, contendo o relatório dos dados obtidos na primeira rodada (APÊNDICE 11), com envio de lembrete no último dia do prazo (APÊNDICE 12). Ao fim do prazo inicial, menos da metade dos especialistas que participaram da primeira rodada haviam respondido o formulário, devido a isto foi concedida uma prorrogação do prazo inicial (APÊNDICE 13). Ao fim das rodadas, foi enviado um *e-mail* contendo o relatório final (APÊNDICE 14), incluindo as sugestões que foram acatadas para a versão final do produto.

Cada item contou com uma questão aberta para ser preenchida caso o especialista assinalasse 1 ou 2 estrelas (não adequado e pouco adequado, respectivamente) (FIGURA 11).

FIGURA 11 – CAIXA DE SUGESTÃO

*** 6. Sobre o Layout do item 1, você considera:**

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

★ ★ ★ ★

Para 1 ou 2 estrelas, especifique quais os pontos a serem considerados para readequação:

FONTE: Print de tela extraído da plataforma Survey Monkey® (2020)

As questões fechadas atenderam ao formato *Likert*, classificadas em ordem crescente como “Não adequado”, “Pouco adequado”, “Consideravelmente adequado” e “Muito adequado” e seus pesos vão de 1 a 4, conforme o quadro a seguir.

QUADRO 7 - PONTUAÇÕES RELATIVAS AOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

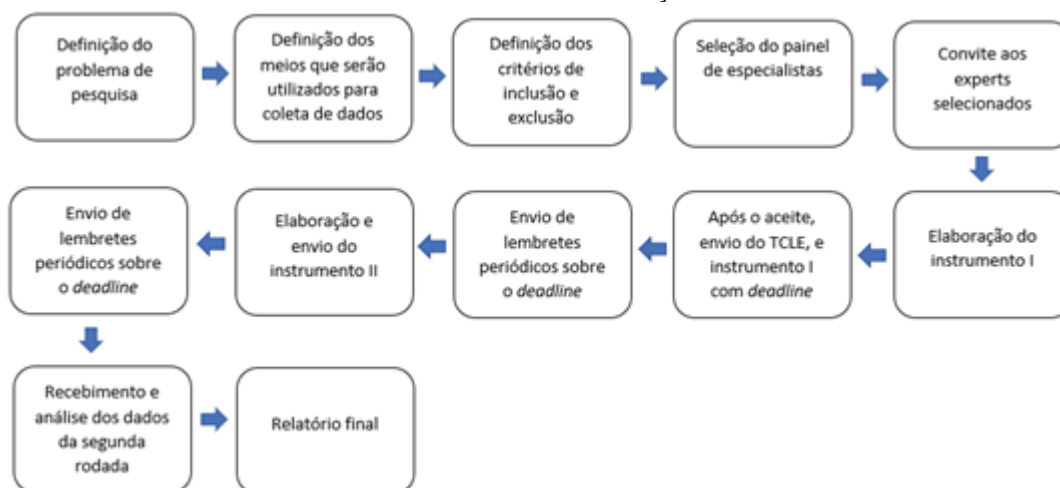
| CRITÉRIO | PONTUAÇÃO |
|----------------------------|-----------|
| Não adequado | 1 |
| Pouco adequado | 2 |
| Consideravelmente adequado | 3 |
| Muito adequado | 4 |

FONTE: A autora (2020)

As etapas do percurso metodológico para consenso seguiram o fluxograma (FIGURA 12) e foram executadas até o fim da segunda rodada.

Os prazos para envio dos e-mails desde a seleção do painel de especialistas, envio das versões, lembretes, até o envio dos relatórios com a análise de cada rodada, foram registrados em uma planilha do Microsoft Excel®.

FIGURA 12 - ETAPAS DA OPERACIONALIZAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI*



FONTE: Adaptado de Massaroli e colaboradores (2017)

*Considerando o modelo Delphi clássico

3.3 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados baseou-se no índice de validade de conteúdo adotado. O cálculo foi realizado para cada componente, item a item. Deste modo, além do conteúdo (corpo textual), foram validados os elementos gráficos como *Layout*, Cores e Fontes.

3.3.1 Validação de conteúdo

Trata-se de uma medida quantitativa para avaliar o consenso entre especialistas, amplamente utilizada na área da saúde (WYND; SCHAEFER, 2002; HYRKÄS; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER; OKSA, 2003), que mede a porcentagem de concordância entre os especialistas sobre os aspectos de um construto. A medida permite avaliar primeiramente item a item e posteriormente o construto como um todo. As avaliações são feitas por meio de uma escala Likert que pontua de um a quatro (ALEXANDRE; COLUCCI, 2011).

A validade do conteúdo foi obtida a partir da avaliação item a item do formulário de consenso, os quais foram analisados de forma quantitativa e qualitativa. Foram analisados, segundo as recomendações da literatura, a relevância do que está sendo proposto na esfera cultural bem como a construção no que tange à estética, aspectos de semântica, conceituais e idiomáticos (FAYERS; MACHIN, 2007; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A literatura recomenda estipular a taxa de concordância a depender do quantitativo de especialistas, sendo que para menor ou igual a cinco, deve haver 100% de consenso. Acima de seis é recomendado uma taxa superior a 0,78 (POLIT; BECK, 2006) e para avaliar novos instrumentos, no mínimo 0,80 (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997).

Deste modo, foi considerado como nível de acordo satisfatório para a adequabilidade do modelo teórico de diagnóstico de cultura de segurança um indicador de validade de conteúdo (IVC) $\geq 0,85$. Este valor foi baseado em estudos prévios que utilizaram valores de consenso entre 0,5 e 0,8 (CASTRO; RESENDE, 2009).

A análise de conteúdo vincula-se ao primeiro procedimento (teórico) de Pasquali (2010). Esta forma de validação é mencionada junto aos psicometristas juntamente à validação de construto e de critério (PASQUALI, 2010).

A validade por construto, ou de conceito, verifica de forma direta a amplitude em que a medida proposta corresponde ao fenômeno a ser mensurado, enquanto a validade de critério é correlacionada a uma medida avaliada em relação a outro instrumento que serve como padrão para avaliação ou em relação a outra medida, que possua atributos iguais ou mais semelhantes possível ao instrumento que necessita ser validado (PASQUALI, 2009).

Já a validade de conteúdo indica ser necessário haver uma mensuração dos conceitos abstratos por meio de indicadores, representando assim se o fenômeno de interesse está ou não bem representado pelos itens propostos. A validade de conteúdo é composta por duas etapas: 1) o desenvolvimento do instrumento e 2) julgamento por especialistas (RUBIO et al., 2003).

A análise de conteúdo também é identificada como análise de especialistas, a qual consiste necessariamente em uma avaliação por um grupo de especialistas que comprovem experiência na temática em questão, cabendo a

estes analisar a adequabilidade do conteúdo em relação ao que se propõe (MOURA et al., 2008). Pasquali (1998) institui ao menos seis especialistas para executar a avaliação.

O IVC pode ser determinado de algumas formas, como o número de concordantes dividido pelo número total de participantes X 100, sendo denominado % de concordância.

No entanto para este estudo optou-se pela utilização da distribuição de pesos em escala Likert para avaliar representatividade. Dessa forma, o escore é analisado pela soma dos itens “3” ou “4”, ou seja, avaliações de concordância, divididos sobre o total de respostas. Desta forma os itens “1” e “2” devem ser revisados ou eliminados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). A fórmula para calcular o IVC está representada a seguir (FIGURA 13).

FIGURA 13 – FORMULA QUE CALCULA O ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

FONTE: A autora (2020)

Não foram empregados outros testes estatísticos visto a natureza do produto elaborado, pois por não se tratar de um instrumento de medida, não caberia a condução de testes de consistência interna e demais mensurações psicométricas em relação aos componentes do Guia, visto que o propósito da pesquisa não objetivou que os juízes concordassem entre si, mas que o conteúdo fosse aperfeiçoado com base nas experiências e no nível de expertise, de modo a validar o conteúdo proposto.

4 RESULTADOS

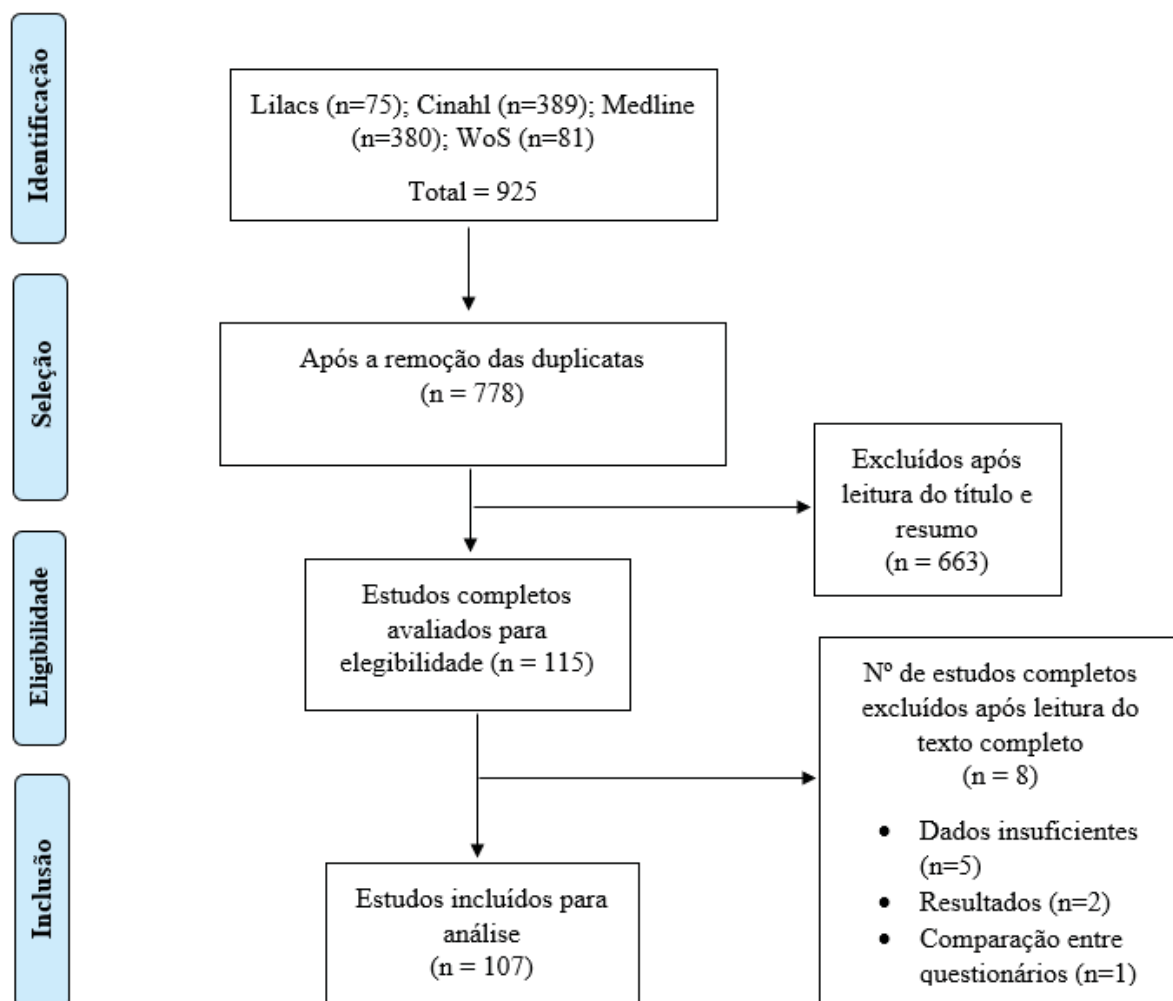
Este capítulo apresenta os resultados extraídos da revisão de escopo, a elaboração do modelo gráfico que deu início às rodadas de consenso e por fim, as duas rodadas de consenso.

4.1 DUAS DÉCADAS DE ESTUDOS SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O objetivo da revisão foi investigar os aspectos metodológicos dos estudos de cultura de segurança do paciente, seu tipo e prevalência, nos últimos 20 anos. No momento o estudo está sob análise em periódico científico, contudo, será sumarizada a seguir, visto que trouxe importantes evidências, as quais foram a base dos questionamentos postos nesta pesquisa de mestrado.

Fizeram parte dos resultados os estudos realizados no contexto hospitalar que buscaram investigar tanto o clima, como a cultura de segurança do paciente, em nível internacional, e foram excluídos aqueles cujo objetivo foi desenvolver e validar instrumentos de pesquisa ou ainda, compará-los. Também foram excluídos os estudos que objetivaram avaliar o clima ou cultura com o intuito claro de explicar um fenômeno local. O fluxograma a seguir (FIGURA 14) apresenta os estágios de seleção dos estudos.

FIGURA 14 - FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO E INCLUSÃO DOS ESTUDOS



FONTE: A autora (2020)

Fizeram parte da amostra 107 estudos. Os resultados demonstraram alta prevalência de estudos que utilizaram a abordagem quantitativa (87,85%), enquanto os estudos qualitativos contabilizaram 1,96%. Ainda, foram identificados estudos quali-quantitativos e de métodos mistos, ambos com a mesma porcentagem. Este dado indicou que a cada 100 novos estudos, 84,7 utilizam a abordagem quantitativa.

Dos estudos primários, 92,16% utilizaram pelo menos um questionário autoadministrado, tanto nas pesquisas de clima quanto de cultura. Outro dado relevante encontrado foi o de que muitos estudos utilizaram ambos os termos, clima e cultura, indistintamente em relação ao método empregado.

Ainda, um terceiro elemento foi identificado. Foram conduzidas pesquisas de cultura sem a participação dos gestores e com isso, demonstrados possíveis vieses de pesquisa, tendo em vista a característica do fenômeno pesquisado.

A revisão possibilitou fazer algumas recomendações, como o fomento de estudos utilizando os métodos mistos para diagnóstico de cultura de segurança. Verificou-se como limitações a não inclusão dos estudos que buscaram verificar a cultura para explicar um fator interno local, visto que demandaria mais tempo e recursos para revisão. Além disso, foram inclusos apenas os estudos em Inglês, Português e Espanhol.

A partir da compreensão de que o uso exclusivo de questionários impossibilita a avaliação adequada da cultura de segurança do paciente, foi dado início à elaboração de um modelo gráfico que abarcasse todas as etapas, detalhamento e passos para a condução do diagnóstico da cultura de segurança do paciente em todos os seus níveis, conforme os referenciais (Schein, 2001) e Russo (2017), adotados para a pesquisa. A seção a seguir apresenta os elementos constituintes da primeira versão do modelo enviada aos especialistas.

4.2 ELABORAÇÃO DO MODELO DE DIAGNÓSTICO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Para ser dado início às rodadas de consenso foi elaborado um modelo gráfico e cada um de seus itens foi enumerado conforme apresentado previamente no capítulo “Materiais e Métodos”.

Para o título, foi utilizada a fonte Arial 14 em cor branca em fundo preto e formato quadrangular, de modo a ser simples e objetivo, além de não interferir com o colorido dos demais itens.

Na primeira versão, as etapas propostas para o diagnóstico da cultura de segurança seguiram as etapas do modelo de Russo (2017) e especialmente na etapa V, foi utilizada a terminologia “Mixagem dos dados”, em acréscimo ao relatório final, proposto pelo autor.

O *layout* piramidal das etapas objetivou passar a ideia de que as etapas acontecem sobrepostas umas às outras, sendo a última etapa o fundamento

essencial do método, que neste caso, é a abordagem de métodos mistos que, a fim de atender ao rigor, exige integração de dados.

Contudo, conforme apresentado na seção “Rodada 1” a seguir, as linhas horizontais impossibilitaram que o intuito exposto ficasse claro. Além disso, o fato de serem diagonais poderia dificultar a leitura, conforme sugerido por alguns especialistas.

O Item “detalhamento da etapa” foi criado para trazer recomendações aos procedimentos expostos no Item “método”. Essas recomendações basearam-se no rigor da pesquisa de métodos mistos e na evidência científica sobre os passos necessários para o diagnóstico da Cultura Organizacional, como por exemplo, amostra estratificada e representativa e aplicação de um questionário de clima de segurança, com entrevistas subsequentes.

As recomendações foram divididas conforme cada etapa, de modo que foram identificadas de I a V. Em seguida, para o Item método foram formulados quatro procedimentos, também quatro para cada etapa, totalizando 20 procedimentos para a execução do diagnóstico. O *layout* de ambos os itens 3 e 4 foi construído de forma que remetesse encaixe e continuidade.

Quanto às cores, foram utilizadas nuances de azul e verde, exceto na etapa IV, e devido a este motivo, destoou das demais. A figura a seguir representa a primeira versão do modelo, elaborada para dar início às rodadas de consenso (FIGURA 15).

FIGURA 15 - PRIMEIRA VERSÃO DO MODELO GRÁFICO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020)

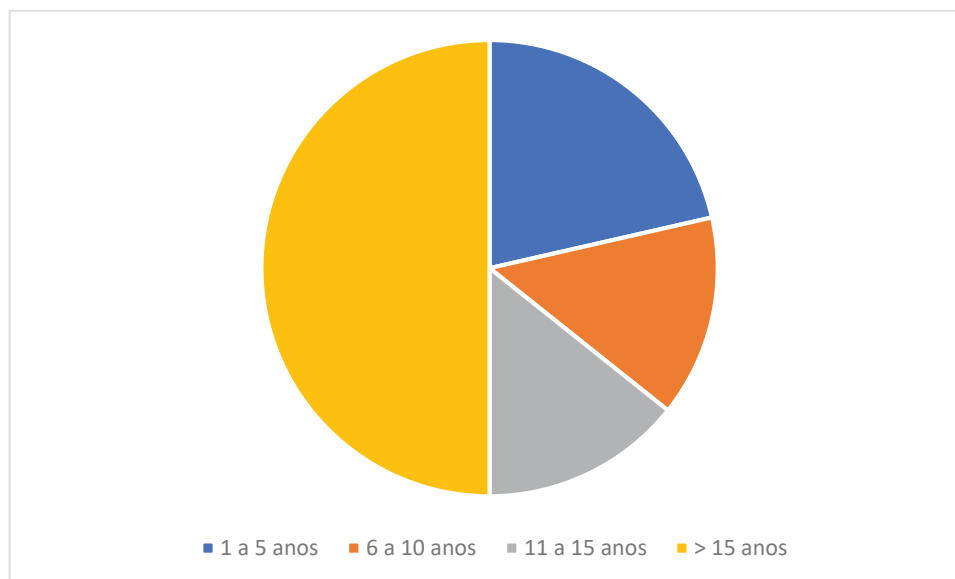
A seção a seguir detalha os resultados da avaliação desta primeira versão do modelo gráfico.

4.3 PRIMEIRA RODADA DE CONSENSO

O painel de especialistas constituiu-se majoritariamente por enfermeiros do sexo feminino $n=26$ (92,86%). As demais profissões não obtiveram representatividade, sendo registrado um médico (3,57%) e um nutricionista (3,57%). Destaca-se, contudo, que foram registradas 28 respostas válidas no decorrer do questionário.

Quanto à titulação, prevaleceu o grau de doutor $n=16$ (57,14%). Em relação ao tempo de formação, $n=6$ (21,43%) possuíam de 1 a 5 anos, $n=4$ (14,29%) de 6 a 10 anos, $n=4$ (14,29%) de 11 a 15 anos e acima de 15 anos $n=14$ (50,00%).

GRÁFICO 1 - TEMPO DE FORMAÇÃO DOS ESPECIALISTAS DA PRIMEIRA RODADA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



Fonte: A autora (2020)

A seguir serão apresentados os resultados em relação às avaliações dos itens da primeira versão do modelo de diagnóstico.

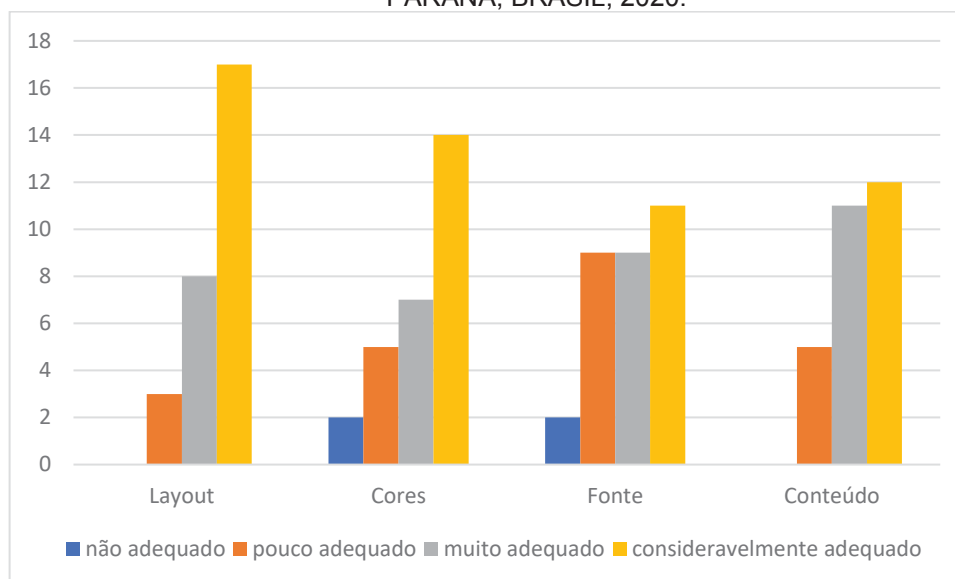
O Item 1 corresponde ao título geral e assim como os demais (com exceção do item 2) recebeu avaliação negativa em relação ao tamanho da fonte. Isto se deu devido ao tamanho reduzido que dificultava a leitura além de não trazer fluidez e clareza. Quanto às cores, o título trazia um fundo preto que foi considerado não adequado para a leitura. Sobre a composição dos termos utilizados (conteúdo), sugeriu-se acrescentar “modelo misto”.

TABELA 1 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 1 “TÍTULO GERAL” – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Avaliação de consenso | não adequado | | pouco adequado | | muito adequado | | Consideravelmente adequado | | IVC |
|-----------------------|--------------|-------|----------------|--------|----------------|--------|----------------------------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Componentes | | | | | | | | | |
| Layout | 0 | 0.00% | 3 | 10.71% | 8 | 28.57% | 17 | 60.71% | 0,89 |
| Cores | 2 | 7.14% | 5 | 17.86% | 7 | 25.00% | 14 | 50.00% | 0,75 |
| Fonte | 2 | 7.14% | 9 | 32.14% | 9 | 32.14% | 8 | 28.57% | 0,6 |
| Conteúdo | 0 | 0.00% | 5 | 17.86% | 11 | 39.29% | 12 | 42.86% | 0,82 |

Fonte: A autora (2020)

GRÁFICO 2 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 1 – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020)

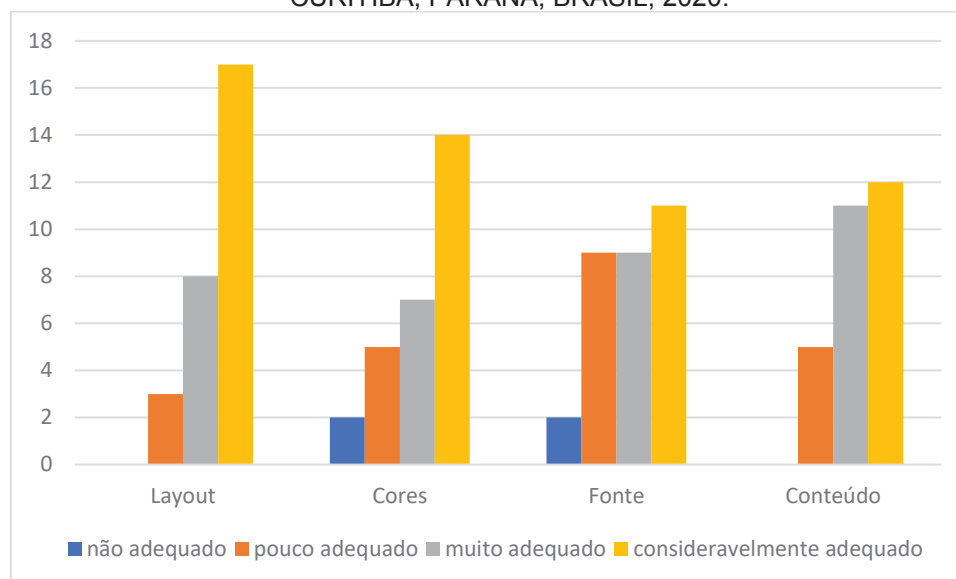
O Item 2 “Etapas”, primeiramente apresentadas em forma piramidal com a escrita na diagonal, apesar de ter sido bem avaliado quanto ao *layout* recebeu sugestões de alteração da escrita para linhas horizontais, o que culminou posteriormente na mudança do *layout*. Neste item, assim como no item 3 que trazia o detalhamento das etapas, não houve concordância quanto às cores. Foi sugerido que as cores mantivessem um padrão de cores primárias e mais vibrantes e que desse a ideia de continuidade.

TABELA 2 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 2 “ETAPAS” – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Avaliação de consenso | não adequado | | pouco adequado | | muito adequado | | Consideravelmente adequado | | IVC |
|-----------------------|--------------|-------|----------------|--------|----------------|--------|----------------------------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Layout | 1 | 3.57% | 5 | 17.86% | 12 | 42.86% | 10 | 35.71% | 0,78 |
| Cores | 1 | 3.57% | 14 | 50.00% | 9 | 32.14% | 4 | 14.29% | 0,46 |
| Fonte | 0 | 0.00% | 1 | 3.57% | 13 | 46.43% | 14 | 50.00% | 0,96 |
| Conteúdo | 0 | 0.00% | 4 | 14.29% | 11 | 39.29% | 13 | 46.43% | 0,85 |

FONTE: A autora (2020)

GRÁFICO 3 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 2 – RODADA 1.
CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



A autora (2020)

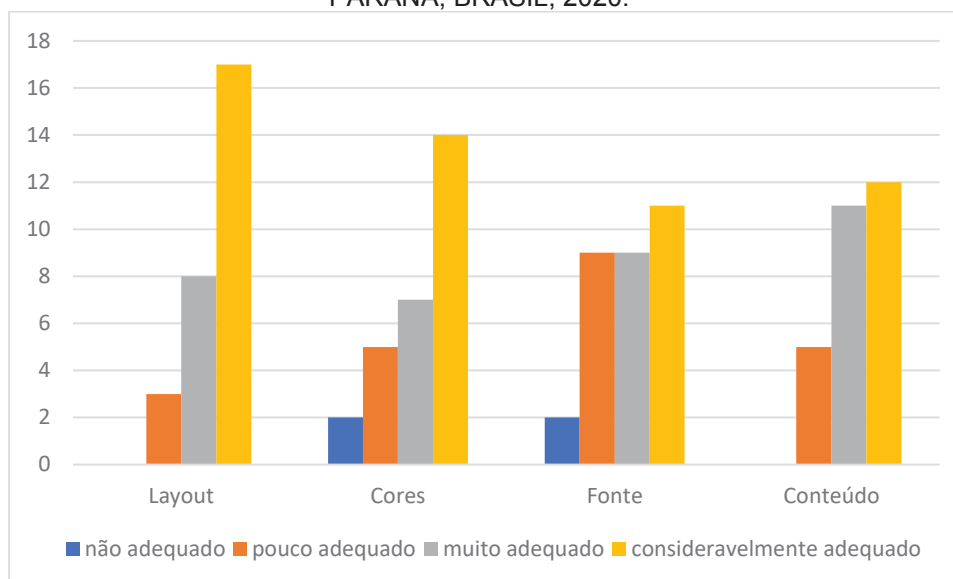
O Item 3 “Detalhamento da etapa” era nesta primeira versão, um espaço dedicado a trazer normativas, com a finalidade de nortear a condução do diagnóstico. Não houve consenso quanto à cor, sendo consideradas escuras e sem muito contraste entre si ou, sem indicar a ideia de processo. Quanto ao conteúdo, foi sugerido que passasse para o plural o título, passando para “Detalhamento das Etapas”.

TABELA 3 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 3 “– RODADA 1.
CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Avaliação de consenso | não adequado | | pouco adequado | | muito adequado | | Consideravelmente adequado | | IVC |
|-----------------------|--------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------------------|--------|------|
| Componentes | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Layout | 1 | 3.57% | 2 | 7.14% | 7 | 25.00% | 18 | 64.29% | 0,89 |
| Cores | 1 | 3.57% | 15 | 53.57% | 4 | 14.29% | 8 | 28.57% | 0,42 |
| Fonte | 5 | 17.86% | 12 | 42.86% | 3 | 10.71% | 8 | 28.57% | 0,39 |
| Conteúdo | 1 | 3.57% | 5 | 17.86% | 5 | 17.86% | 17 | 60.71% | 0,82 |

FONTE: A autora (2020)

GRÁFICO 4 - VALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 3 – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



Fonte: A autora (2020)

Apesar das respostas terem sido em sua maioria avaliadas como “muito adequado” e “consideravelmente adequado”, o consenso não pode ser obtido na totalidade do componente “conteúdo”. Vale destacar que devido à relação entre o quantitativo amostral e o valor de referência adotado para o IVC, o consenso não era obtido se apenas quatro especialistas não considerassem o componente adequado.

Especificamente para os itens 3 e 4, o componente “Conteúdo” foi didaticamente dividido em subitens, de modo que a avaliação de consenso pudesse seguir o rigor metodológico. A seguir estão dispostos os gráficos, seguidos do quadro contendo as frequências absolutas e relativas, junto ao IVC, relativos ao conteúdo do item 3 “Detalhamento da Etapa”.

TABELA 4 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DOS SUBITENS 3.1 A 3.5. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Avaliação de consenso | não adequado | | pouco adequado | | muito adequado | | Consideravelmente adequado | | IVC |
|------------------------------|--------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------------------|----------|------------|
| Componentes | n | % | n | % | n | % | n | % | - |
| Conteúdo 3.1 | 1 | 3.57% | 10 | 35.71% | 4 | 14.29% | 13 | 46.43% | 0,60 |
| Conteúdo 3.2 | 0 | 0.00% | 5 | 17.86% | 6 | 21.43% | 17 | 60.71% | 0,82 |
| Conteúdo 3.3 | 2 | 7.14% | 8 | 28.57% | 6 | 21.43% | 12 | 42.86% | 0,64 |
| Conteúdo 3.4 | 2 | 7.14% | 6 | 21.43% | 7 | 25.00% | 13 | 46.43% | 0,71 |
| Conteúdo 3.5 | 2 | 7.14% | 5 | 17.86% | 7 | 25.00% | 14 | 50.00% | 0,75 |

FONTE: A autora (2020)

As sugestões ao Item 3 “Detalhamento da Etapa” foram sumarizadas a seguir (QUADRO 6).

QUADRO 8 - SUGESTÕES AO COMPONENTE “CONTEÚDO” RELATIVO AO “DETALHAMENTO DA ETAPA” (ITEM 3). CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| |
|--|
| Retirar o termo "amostra qualitativa"- substituir por "definição dos participantes" |
| Substituir o termo "pré-determinado" por "predeterminado" |
| Resumir o conteúdo - ser mais objetivo |
| Revisar a clareza quanto a seleção da amostra em ambas as fases |
| Mover "aleatorização da amostra" para a etapa que fala sobre a amostra |
| Alterar "Definir o método de aleatorização da amostra" para "Definir a técnica (ou procedimento) de aleatorização da amostra". |
| Alterar "Codificar os indivíduos da amostra" para "Atribuir um código de identificação a cada indivíduo da amostra". |
| Alterar "Escolher os instrumentos de pesquisa" para "Aplicar o instrumento" |
| Retirar os exemplos entre parênteses |
| No trecho "questionários de clima de segurança" adotar "questionários de clima e cultura de segurança" |
| Corrigir a palavra “reposta” |
| Escrever na pergunta no lugar de "FOI DADO", "Deu-se" ou "Se deu" |

FONTE: A Autora (2020)

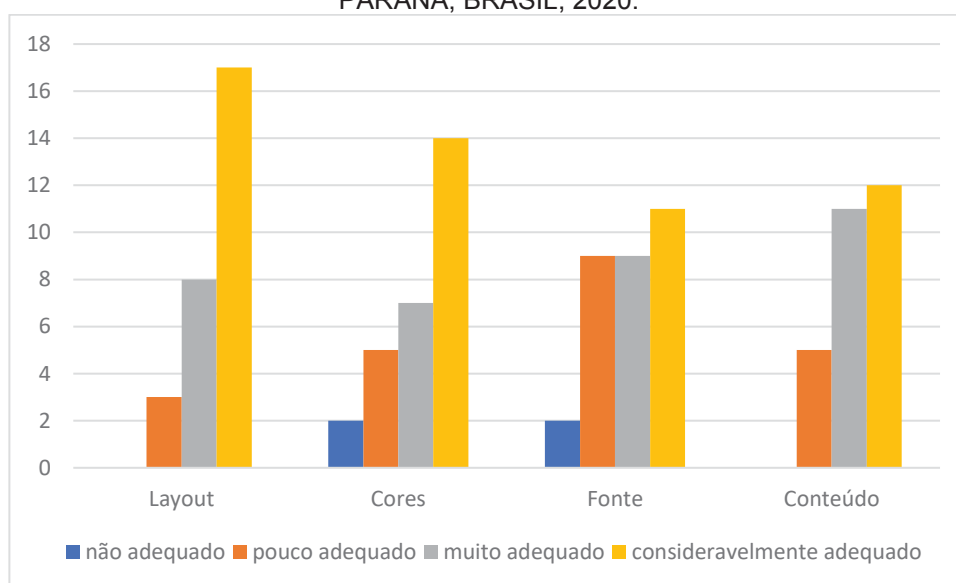
Quanto ao Item 4 “Método”, que define o passo-a-passo que se propõe a ser seguido em cada etapa do diagnóstico, foi possível observar, assim como nos itens anteriores, que apesar da maior parte das respostas terem sido positivas, os componentes “cores” e “fonte” não obtiveram consenso pelos motivos já descritos nos itens anteriores. Os gráficos e quadros a seguir apresentam as frequências absolutas, relativas e IVC de cada componente do respectivo item.

TABELA 5 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 4 “DETALHAMENTO DA ETAPA” - RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Avaliação de consenso | não adequado | | pouco adequado | | muito adequado | | Consideravelmente adequado | | IVC |
|------------------------------|--------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------------------|----------|------------|
| Componentes | n | % | n | % | n | % | n | % | - |
| Layout | 0 | 0.00% | 3 | 10.71% | 11 | 39.29% | 14 | 50.00% | 0,89 |
| Cores | 0 | 0.00% | 6 | 21.43% | 8 | 28.57% | 14 | 50.00% | 0,78 |
| Fonte | 0 | 0.00% | 6 | 21.43% | 10 | 35.71% | 12 | 42.86% | 0,78 |
| Conteúdo | 0 | 0.00% | 3 | 10.71% | 8 | 28.57% | 17 | 60.71% | 0,89 |

FONTE: A autora (2020)

GRÁFICO 5 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 4 – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



Fonte: A autora (2020)

Assim como descrito anteriormente, o componente “Conteúdo” do Item 4 “Método”, foi subdividido para fins de avaliação. Dentre o conteúdo metodológico proposto para cada etapa, apenas em relação à etapa II da primeira versão do modelo -Seleção dos indivíduos – (Subitem 4.2) houve consenso. O Quadro a seguir apresenta todas as sugestões feitas para a adequabilidade do conteúdo do item 4 “Método”.

TABELA 6 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DOS SUBITENS 4.1 a 4.5 DO ITEM 4 “MÉTODO” – RODADA 1. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Avaliação de consenso | não adequado | | pouco adequado | | muito adequado | | Consideravelmente adequado | | IVC |
|------------------------------|--------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------------------|----------|------------|
| Componentes | n | % | n | % | n | % | N | % | - |
| Conteúdo 4.1 | 1 | 3.57% | 4 | 14.29% | 6 | 21.43% | 17 | 60.71% | 0,82 |
| Conteúdo 4.2 | 1 | 3.57% | 3 | 10.71% | 7 | 25.00% | 17 | 60.71% | 0,85 |
| Conteúdo 4.3 | 2 | 7.14% | 5 | 17.86% | 5 | 17.86% | 16 | 57.14% | 0,75 |
| Conteúdo 4.4 | 1 | 3.57% | 6 | 21.43% | 5 | 17.86% | 16 | 57.14% | 0,75 |
| Conteúdo 4.5 | 1 | 3.57% | 7 | 25.00% | 5 | 17.86% | 15 | 53.57% | 0,71 |

FONTE: A autora (2020)

As sugestões feitas quanto aos 20 procedimentos que compunham o conteúdo do método foram elencadas abaixo (QUADRO 7).

QUADRO 9 - SUGESTÕES DOS ESPECIALISTAS QUANTO AO CONTEÚDO RELATIVO AO MÉTODO (ITEM 4)

| |
|--|
| Substituir por: Identificar o número de gestores, gerentes e funcionários de cada setor/unidade. |
| Inserir “Aplicar os critérios de exclusão” |
| Questionado: “os gestores, gerentes, nunca serão incluídos?” |
| Retirar o subitem 3 que fala da exclusão dos participantes, uma vez que serão definidos os critérios de inclusão e exclusão, já se saberá quem não irá participar. |
| Retirar os exemplos entre parênteses |
| Resumir o conteúdo - ser mais objetivo |
| Diferenciar serviço e unidade |
| Exemplificar meio de aleatorização |
| Retirar o exemplo de instrumento |
| Adicionar itálico ao termo "feedback" |

A autora (2020)

Está apresentado a seguir (QUADRO 8) de modo detalhado quais componentes atingiram ou não o consenso na primeira rodada, baseado no cálculo de IVC tendo como valor determinante ser $\geq 0,85$. Este quadro foi enviado aos especialistas como apresentação dos dados obtidos na primeira rodada.

Os componentes demarcados em verde obtiveram índice de validade de conteúdo (IVC) $\geq 0,85$, ou seja, sem necessidade de alterações, os demais componentes demarcados em vermelho estão seguidos do valor de IVC e das sugestões para corrigir e readequar.

QUADRO 10 - CONSENSO E DESCRIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES EFETUADAS PARA A SEGUNDA RODADA DE CONSENSO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. (Continua)

| Item 1 | Componente | IVC | Consenso/Sugestões | Modificações |
|--------------|-------------------|------------|---|--|
| Título Geral | Layout | 0,89 | Layout aprovado | |
| | Cores | 0,75 | Poderia ser mais claro Poderiam ser mais vivas (colorido) | As cores foram separadas para melhor entendimento da divisão das fases, ficando a fase quantitativa em escala de roxo e a fase qualitativa em escala de azul. |
| | Fonte | 0,6 | Poderia ser maior/Poderia ser negrito | A fonte foi aumentada e negritada |
| | Conteúdo | 0,82 | Mais claro Acréscentar “modelo misto” para diagnóstico | Foi acrescentado o termo “modelo misto” ao título |
| | Componente | IVC | Consenso/Sugestões | Modificações |
| Etapas | Layout | 0,78 | Poderia ser escrito na horizontal | O layout foi modificado de pirâmide com linhas diagonais para setas circulares sequenciais |
| | Cores | 0,46 | Deixar mais claro Deixar mais contrastantes entre si Utilizar cores primárias Utilizar cores da mesma paleta (idéia de continuidade) | Foram adotadas as sugestões de manter cores da mesma paleta e contrastantes, mantendo assim o colorido e preservando a ideia de continuidade através do degrade. |
| | Fonte | 0,96 | Fonte aprovada | |
| | Conteúdo | 0,85 | Conteúdo aprovado* | |
| Item 3 | Componente | IVC | Consenso/Sugestões | Modificações |
| | Layout | | Layout aprovado | |
| | Cores | 0,42 | Poderia ser mais claro | Alterado para escalas de azul e roxo |
| | Fonte | 0,39 | Poderia ser maior | A fonte foi aumentada |

Fonte: A autora (2020)

(Continua)

QUADRO 11 - CONSENSO E DESCRIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES EFETUADAS PARA A SEGUNDA RODADA DE CONSENSO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. (Continua)

| | | | | | |
|----------|-------------------|------------|--|--|--|
| | Conteúdo | 0,82 | Detalhamento "das etapas" - passar para o plural | | O título "Detalhamento da etapa" foi modificado para "Checklist do Modelo Misto de Diagnóstico de Cultura de Segurança do Paciente" |
| Item 3.1 | Componente | IVC | Consenso/Sugestões | | Modificações |
| | Conteúdo | 0,64 | -Acrescentar quais seriam os estratos -Substituir o termo "pré-determinado" por "predeterminado" -Resumir o conteúdo - ser mais objetivo -Rever clareza quanto ao detalhamento da amostra quanti e qual se refere à amostra qualitativa | | Modificado para afirmações que norteiam a condução da pesquisa, constituindo assim um Checklist: PRIMEIRA FASE [QUANTITATIVA] ETAPA 1 - Definição da amostra <ul style="list-style-type: none"> • A amostra é representativa • A amostra permite generalização a um determinado grau de confiança • A amostra é probabilística estratificada • Os estratos são representativos e incluem chefes de departamento • Os indivíduos foram aleatorizados |
| Item 3.2 | Componente | IVC | Consenso/Sugestões | | Modificações |
| | Conteúdo | 0,82 | -Passar "aleatorização da amostra" para o box - anterior que se refere à amostra -Alterar "Definir o método de aleatorização da amostra" para "Definir a técnica (ou procedimento) de aleatorização da amostra". -Alterar "Codificar os indivíduos da amostra" para "Atribuir um código de identificação a cada indivíduo da amostra". -Retirar os exemplos entre parênteses -Resumir o conteúdo - ser mais objetivo | | Modificado para perguntas do Checklist Etapa 2 – Coleta de dados <ul style="list-style-type: none"> • Foi escolhido ao menos um questionário de clima de segurança do paciente • Todos os indivíduos responderam ao questionário • As perdas amostrais foram substituídas de forma aleatória |
| Item 3.3 | Componente | IVC | Consenso/Sugestões | | Modificações |

(Continua)

QUADRO 12 - CONSENSO E DESCRIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES EFETUADAS PARA A SEGUNDA RODADA DE CONSENSO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. (Continua)

| | | | | |
|----------|------------|------|--|--|
| Item 3.4 | Conteúdo | 0,64 | Alterar "Escolher os instrumentos de pesquisa" para "Aplicar o instrumento" Resumir o conteúdo - ser mais objetivo Revisar a clareza - ênfase na etapa qualitativa, levando a entender que acontece antes da quantitativa Retirar os exemplos entre parênteses | Modificado para perguntas do Checklist Etapa 3 – Análise dos dados <ul style="list-style-type: none"> As variáveis do instrumento foram analisadas estatisticamente Foram identificadas variáveis problemáticas Foram definidas quais variáveis receberão follow-up para a segunda fase |
| | Componente | IVC | Consenso | |
| Item 3.5 | Conteúdo | 0,71 | Deixar menos genérico Deixar mais claro No trecho "questionários de clima de segurança" adotar "questionários de clima e cultura de segurança" Revisar a clareza - ênfase na etapa qualitativa, levando a entender que acontece antes da quantitativa Resumir o conteúdo - ser mais objetivo | Modificado para perguntas do Checklist Etapa 3 – Análise dos dados <ul style="list-style-type: none"> Os indivíduos selecionados fizeram parte da primeira fase Os indivíduos selecionados estão estratificados por cargo ou categoria profissional Foi elaborado um roteiro semiestruturado de entrevista O roteiro de entrevista contém questões alinhadas às variáveis problemáticas identificadas na primeira fase |
| | Componente | IVC | Consenso | |

(Continua)

QUADRO 13 - CONSENSO E DESCRIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES EFETUADAS PARA A SEGUNDA RODADA DE CONSENSO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. (Continua)

| | | | | |
|------------------------------|------------|------|--|---|
| Item 4 Título "Método" | Conteúdo | 0,75 | Resumir o conteúdo - ser mais objetivo Terceiro subitem está escrito reposta ao invés de resposta Escrever na pergunta no lugar de "FOI DADO", "Deu-se" ou "Se deu" Sugestão de alteração na redação: - Dividir o relatório nas seções: quantitativa, qualitativa e mixagem de dados. | Modificado para perguntas do Checklist Etapa 5 – Coleta e Análise dos dados <ul style="list-style-type: none"> Os indivíduos receberam convite formal e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) As entrevistas foram transcritas Foi realizada análise de conteúdo dos dados O conteúdo das entrevistas explanou ou expandiu as variáveis problemáticas da primeira fase |
| | Componente | IVC | Consenso | |
| | Layout | | Layout aprovado | |
| | Cores | 0,78 | Verificar possibilidade de matizes laranja ou amarela | Modificado para azul-rosa |
| | Fonte | 0,78 | Poderia ser maior | A fonte foi aumentada |
| Item 4.1 | Conteúdo | | Conteúdo aprovado | |
| | Componente | IVC | Consenso | |
| | Conteúdo | 0,82 | Substituir por: - organizar por variáveis - Identificar o número de gestores, gerentes e funcionários de cada setor/unidade. "Aplicar os critérios de exclusão" Questionado: "subitem 4: os gestores, gerentes, nunca serão incluídos?" (N=1) Retirar o subitem 3 que fala da exclusão dos participantes, uma vez que serão definidos os critérios de inclusão e exclusão, já se saberá quem não irá participar. Retirar os exemplos entre parênteses Resumir o conteúdo - ser mais objetivo | O conteúdo do passo-a-passo para a realização da pesquisa foi resumido, foram retirados os exemplos entre parênteses e os termos repetitivos ou que não traziam objetividade. [Modificado para]: Etapa 1 – 1. Identificar o total de funcionários 2. Definir critérios de inclusão e exclusão 3. Aleatorizar a amostra entre os estratos |

(Continua)

QUADRO 14 - CONSENSO E DESCRIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES EFETUADAS PARA A SEGUNDA RODADA DE CONSENSO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. (Continua)

| | | | | |
|----------|------------|------|--|--|
| Item 4.2 | Componente | IVC | Diferenciar serviço e unidade (N=1) | |
| | Conteúdo | | Consenso | |
| Item 4.3 | Componente | IVC | Conteúdo aprovado | |
| | Conteúdo | 0,75 | Consenso | |
| | | | Resumir o item 1 em: "Definir um questionário autoaplicável para mensurar o clima de segurança do paciente". Resumir o conteúdo - ser mais objetivo Incluir algo que relacione a coleta em si porque a etapa termina com convite e a posterior já diz tabulação Retirar o exemplo de instrumento | As etapas "coleta de dados" e "análise de dados" foram resumidas e revisadas quanto à clareza da primeira fase QUANTITATIVA. [Item 4.3 passa a ser o passo-a-passo da etapa de análise QUANTITATIVA dos dados] Etapa 3 – 1. Analisar estatisticamente os dados 2. Identificar respostas relevantes 3. Definir as variáveis para <i>follow-up</i> |
| Item 4.4 | Componente | IVC | Consenso | |
| | Conteúdo | 0,75 | Incluir subitem de inserção dos dados coletados (digitação) Se der exemplos sobre análise quanti inserir exemplos sobre análise qualitativa também Rever a palavra extrato, substituir por estrato. Retirar do entre parênteses, as variáveis de análise estatística Revisar a clareza - existem informações ainda de coleta de dados qualitativa, quando o item já se refere à análise dos dados. | As etapas "coleta de dados" e "análise de dados" foram resumidas e revisadas quanto à clareza da segunda fase QUALITATIVA. [Item 4.4 passa a ser o passo-a-passo da etapa "seleção dos indivíduos" da fase qualitativa] Etapa 4 – 1. Selecionar participantes da entrevista 2. Elaborar roteiro semiestruturado 3. Convidar formalmente os participantes 4. Acordar a gravação da entrevista |
| Item 4.5 | Componente | IVC | Consenso | |
| | Conteúdo | 0,71 | Suprimir informações repetitivas como no 4.5 poderia ser "descrever os dados obtidos na primeira e segunda seção" no lugar de itens separados. | Item 4.5 passa a ser o passo-a-passo da etapa "Coleta e análise dos dados" da fase qualitativa [Modificado para] |

(Continua)

QUADRO 15 - CONSENSO E DESCRIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES EFETUADAS PARA A SEGUNDA RODADA DE CONSENSO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. (Conclusão)

| | | | | |
|--|----------|------|---|---|
| | Conteúdo | 0,71 | <p>Verificar a contribuição da análise qualitativa já na análise dos resultados, deixar relatório final para sumarizar os achados</p> <p>Corrigir o erro na palavra "auxilioua"</p> <p>Adicionar itálico ao termo "feedback"</p> <p>Revisar a clareza - padronizar terminologia "fase I, fase II e fase III" ou "fase I - quantitativa, fase II - qualitativa e fase III - mixagem dos dados"</p> <p>Resumir o conteúdo - ser mais objetivo</p> | <p>Etapa 5 –</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar as entrevistas individuais 2. Transcrever as entrevistas audiogravadas 3. Realizar análise de conteúdo |
|--|----------|------|---|---|

A tabela a seguir apresenta o percentual de consenso em relação à totalidade dos componentes avaliados em cada Item.

TABELA 7 - PERCENTUAL DE CONSENSO NA PRIMEIRA RODADA

| Itens avaliados | Percentual de Consenso |
|-----------------|------------------------|
| Item 1 | 25% |
| Item 2 | 50% |
| Item 3 | 25% |
| Item 4 | 50% |

FONTE: A autora (2020)

4.4 SEGUNDA RODADA DE CONSENSO

Apesar da obtenção de consenso do componente “*Layout*”, que determina o formato dos componentes, devido ao não consenso em relação ao tamanho da fonte, não houve viabilidade de manutenção do *layout*. Com as mudanças realizadas para a 2ª rodada foi possível adotar todas as sugestões, a saber: necessidade de clareza e objetividade, resumir o conteúdo e aumentar o tamanho da fonte.

O Modelo gráfico enviado para a segunda rodada de consenso apresenta-se a seguir (FIGURA 16), contendo todas as alterações realizadas (cores, fontes e síntese feita no componente textual). Considerando que todos os Itens obtiveram consenso, esta versão passou a ser a versão final.

FIGURA 16 – NOVO LAYOUT DO MODELO GRÁFICO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



Fonte: A autora (2020)

Com a alteração do Layout, as principais mudanças foram:

- 1) Adição de uma etapa ao modelo. Nenhum conteúdo foi adicionado, em suma as etapas continuam as mesmas, no entanto, para fins de clareza em relação ao processo sequencial de execução das etapas, foi verificada a necessidade de acrescentar uma etapa para melhor dividir os procedimentos de ambas as fases (qualitativa e quantitativa). O quadro a seguir detalha as alterações realizadas para a segunda versão.

QUADRO 16 - REORGANIZAÇÃO DAS ETAPAS. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Primeira versão | Segunda versão |
|---|--------------------------------------|
| Etapa 1 – Definição e tamanho da amostra | Etapa 1 – Definição da amostra |
| Etapa 2 – Seleção dos indivíduos | Etapa 2 – Coleta de dados |
| Etapa 3 – Coleta de dados | Etapa 3 – Análise de dados |
| Etapa 4 – Análise dos dados | Etapa 4 - Seleção dos indivíduos |
| Etapa 5 – Mixagem dos dados e relatório final | Etapa 5 – Coleta e análise dos dados |
| | Etapa 6 – Mixagem dos dados |

Fonte: A autora (2020)

Nota-se que na versão atual, fica claro que existem duas amostras diferentes, duas coletas e duas análises de dados, cada um correspondendo a uma fase.

- 2) Enfatizar, a partir do desenho de setas em círculo (FIGURA 17), que as etapas são processuais e dependem necessariamente da que precede.

FIGURA 17 – NOVO LAYOUT CÍCLICO DAS ETAPAS DA PESQUISA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



Fonte: A autora (2020)

- 3) Separar visualmente as duas fases da pesquisa, sendo a primeira QUANTITATIVA (lado esquerdo azul) e a segunda QUALITATIVA (lado direito roxo).
- 4) A fonte foi aumentada
- 5) O conteúdo do método foi resumido
- 6) Os itens que detalhavam a execução de cada etapa foram transformados em *Checklist*, conforme apresentado a seguir.

O conteúdo relacionado à seção “detalhamento da etapa” foi remodelado para um *Checklist* (FIGURA 18), como um complemento à representação gráfica do modelo. Foi composto por afirmações norteadoras para a execução da pesquisa, apresentadas por ordem de prioridade para cada etapa da pesquisa em ambas as fases (quanti e quali).

FIGURA 18 – CHECKLIST DO MODELO MISTO DE DIAGNÓSTICO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. (Continua)

| Checklist do Modelo Misto de Diagnóstico de Cultura de Segurança do Paciente | | | |
|--|--|----------|-----|
| 1- Dados da pesquisa | | | |
| Local: | | Período: | |
| Setor: | | | |
| Pesquisador(es): | | | |
| 2- Primeira fase [QUANTITATIVA] – Etapas 1, 2 e 3 | | Sim | Não |
| ETAPA 1- Definição da amostra | | | |
| A amostra é representativa | | | |
| A amostra permite generalização a um determinado grau de confiança | | | |
| A amostra é probabilística estratificada | | | |
| Os estratos são representativos e incluem chefes de departamento | | | |
| Os indivíduos foram aleatorizados | | | |
| ETAPA 2- Coleta de dados* | | | |
| Foi aplicado ao menos um questionário de clima de segurança do paciente | | | |
| Todos os indivíduos responderam ao questionário | | | |
| As perdas amostrais foram substituídas de forma aleatória | | | |
| ETAPA 3- Análise dos dados | | | |
| As variáveis do instrumento foram analisadas estatisticamente | | | |
| Foram identificadas variáveis problemáticas (questões positivas avaliadas negativamente e vice-versa) | | | |
| Foram definidas as variáveis problemáticas que receberão follow-up a serem exploradas na segunda fase | | | |
| 3 – Segunda fase [QUALITATIVA] – Etapas 4, 5 e 6 | | | |
| ETAPA 4- Seleção dos indivíduos | | | |
| Os indivíduos selecionados fizeram parte da primeira fase e foram recrutados por conveniência ou cálculo amostral | | | |
| Os indivíduos selecionados estão estratificados por cargo ou categoria profissional | | | |
| Foi elaborado um roteiro semiestruturado de entrevista a partir dos itens e/ou dimensões do questionário que apresentaram questões problemáticas | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| O roteiro de entrevista contém questões alinhadas às variáveis problemáticas identificadas na primeira fase | | | |
|---|--|--|--|

ETAPA 5- Coleta e análise dos dados

FIGURA 19 – CHECKLIST DO MODELO MISTO DE DIAGNÓSTICO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. (Conclusão)

| | | | |
|--|--|--|--|
| Os indivíduos receberam convite formal e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) consentindo a gravação da entrevista | | | |
| Os indivíduos foram esclarecidos quanto ao uso e armazenamento dos dados | | | |
| As entrevistas foram transcritas em instrumento próprio | | | |
| Foi realizada análise de conteúdo dos dados com rigor metodológico qualitativo | | | |
| O conteúdo das entrevistas explanou ou expandiu as variáveis problemáticas da primeira fase, auxiliando na elaboração conjunta de plano de ações estratégicas | | | |
| ETAPA 6- Mixagem dos dados | | | |
| Os dados da primeira e segunda fase foram triangulados (dados oriundos da fase qualitativa auxiliando na compreensão dos dados da fase quantitativa) | | | |
| Foi elaborado um relatório descrevendo as análises da primeira e segunda fase e a triangulação dos dados | | | |
| O relatório especifica se houve e quais foram as contribuições dos dados qualitativos para a investigação | | | |
| A partir da triangulação dos dados foi gerado um diagnóstico da cultura de segurança do paciente local (setorial) ou da Organização de Saúde (se pesquisa interna em todos os setores) | | | |

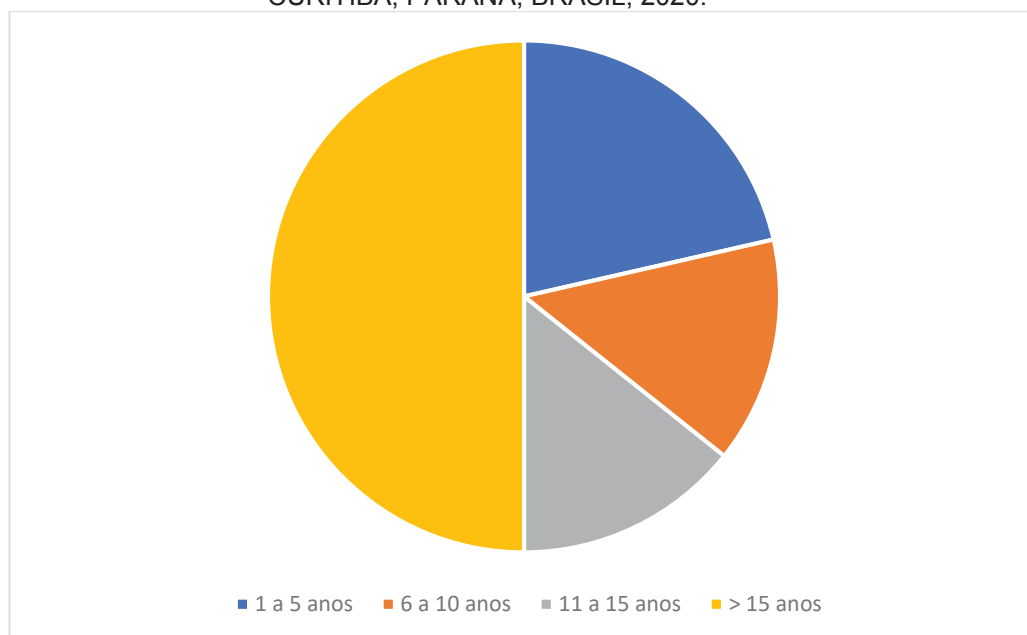
* Para realização da pesquisa por pesquisador externo à Organização de Saúde, devem ser seguidos os aspectos éticos das pesquisas realizadas com seres humanos, seguindo todos os trâmites exigidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O modelo formatado para o novo *layout* foi enviado a todos os especialistas que participaram da primeira rodada, dos quais 21 responderam ao formulário, com uma resposta incompleta, resultando 20 respostas válidas. O perfil dos especialistas participantes seguiu a tendência da primeira rodada, constituindo em sua maioria profissionais do sexo feminino $n=15$ (75,00%) sendo cinco do sexo masculino (25,00%). Destes, 13 possuíam doutorado (65,00%) e oito, mestrado (35,00%).

Nesta rodada não houve a participação do especialista nutricionista, constituindo a amostra total 19 (95,00%) enfermeiros e um (5,00%) médico. Destes, uma resposta incompleta foi identificada dentre os enfermeiros.

Em relação ao tempo de formação, $n=2$ (10,00%) possuíam de 1 a 5 anos, $n=4$ (20,00%) de 6 a 10 anos, $n=3$ (15,00%) de 11 a 15 anos e $n=11$ (55,00%), acima de 15 anos.

GRÁFICO 6 - TEMPO DE FORMAÇÃO DOS ESPECIALISTAS DA SEGUNDA RODADA. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



Fonte: A autora (2020)

A seguir, os resultados serão apresentados item a item, conforme a rodada anterior, em relação às avaliações dos itens da segunda versão do modelo de diagnóstico.

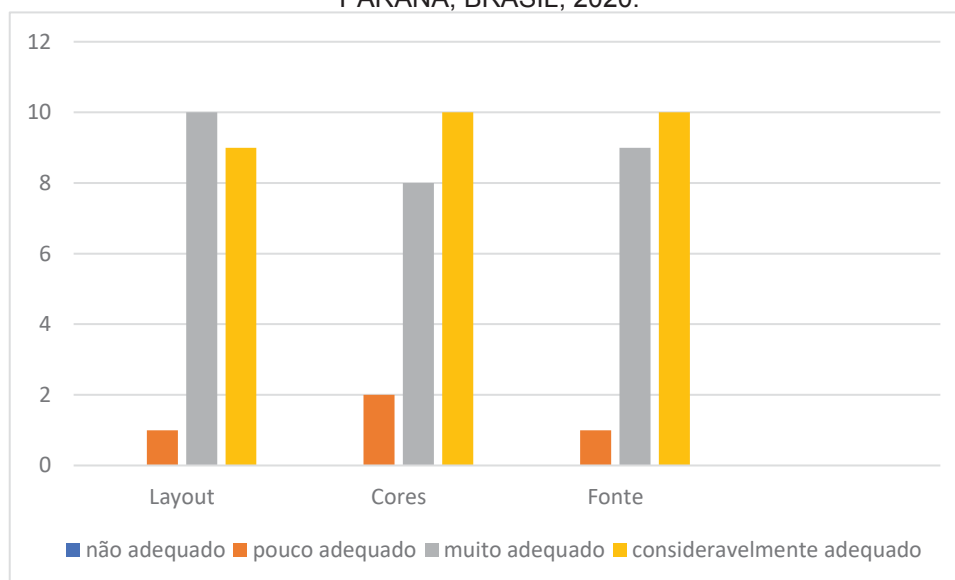
Todos os itens obtiveram consenso e cada componente será apresentado separadamente por meio de gráficos e tabelas. Importa acrescentar que devido à alteração do *layout* e formulação do *checklist*, ambos os procedimentos previamente justificados, o item 3 que na primeira versão correspondia ao “Detalhamento da etapa”, passou a ser o 4 “*Checklist*”, desta forma o que era o Item 4 “Método”, passou a ser identificado como Item 3. Entretanto, esta divisão não constará no Guia Prático, visto que foi utilizada apenas para fins de avaliação.

TABELA 8 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 1 “TÍTULO GERAL” – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Avaliação de consenso | não adequado | | pouco adequado | | muito adequado | | Consideravelmente adequado | | IVC |
|------------------------------|--------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------------------|----------|------------|
| Componentes | n | % | n | % | n | % | n | % | - |
| Layout | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 9 | 45.00% | 11 | 55.00% | 1 |
| Cores | 0 | 0.00% | 2 | 10.00% | 9 | 45.00% | 9 | 45.00% | 0,9 |
| Fonte | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 12 | 60.00% | 8 | 40.00% | 1 |
| Conteúdo | 0 | 0.00% | 1 | 5.00% | 13 | 65.00% | 6 | 30.00% | 0,95 |

FONTE: A autora (2020)

GRÁFICO 7 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 1 – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020)

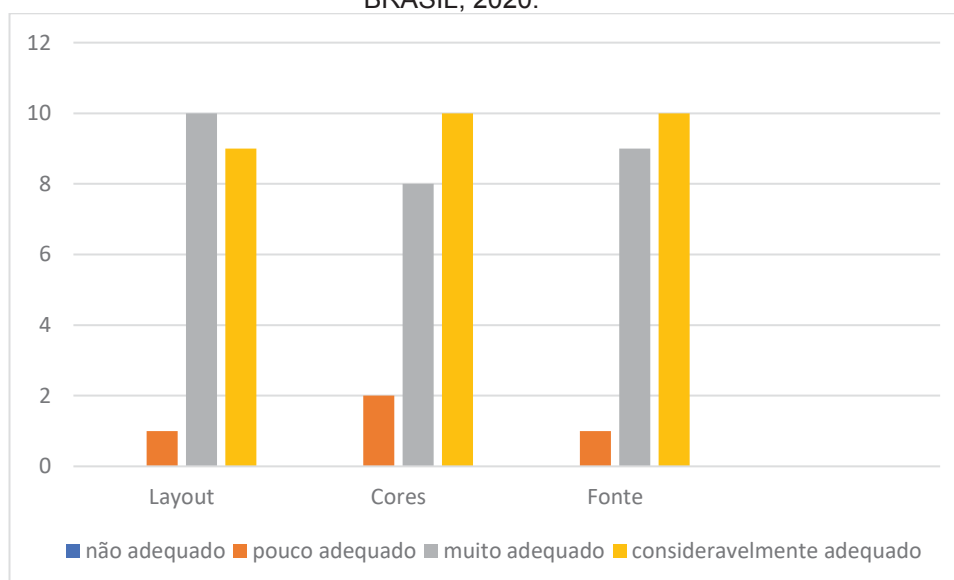
O componente “Conteúdo” do Item 2, já havia sido validado na primeira rodada, restando os demais que obtiveram consenso na segunda rodada.

TABELA 9 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 2 “ETAPAS” – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Avaliação de consenso | não adequado | | pouco adequado | | muito adequado | | Consideravelmente adequado | | IVC |
|------------------------------|---|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------------------|----------|------------|
| Componentes | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Layout | 0 | 0.00% | 1 | 5.00% | 10 | 50.00% | 9 | 45.00% | 0,95 |
| Cores | 0 | 0.00% | 2 | 10.00% | 8 | 40.00% | 10 | 50.00% | 0,90 |
| Fonte | 0 | 0.00% | 1 | 5.00% | 9 | 45.00% | 10 | 50.00% | 0,95 |
| Conteúdo | Consenso obtido na primeira rodada | | | | | | | | |

FONTE: A autora (2020)

GRÁFICO 8 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 2 – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



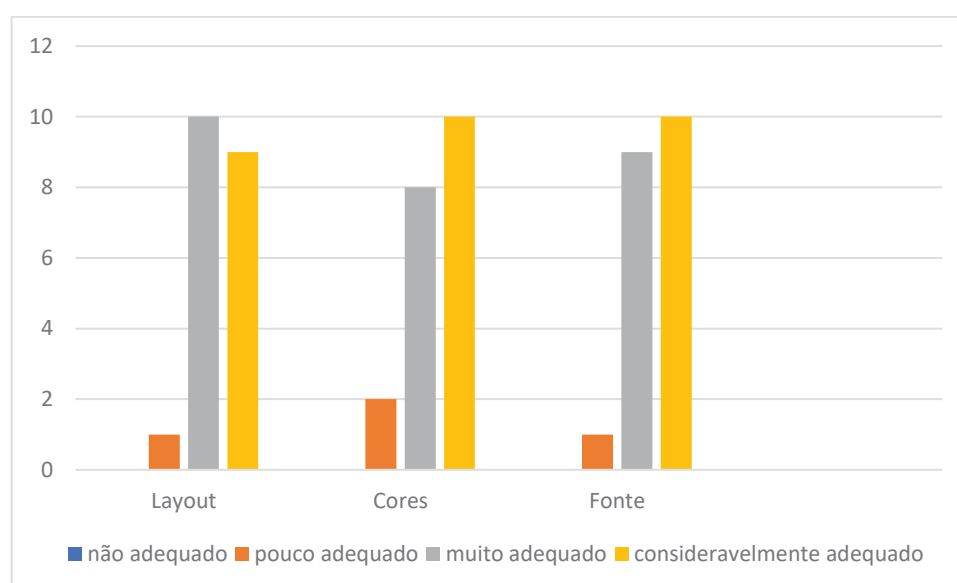
FONTE: A autora (2020)

TABELA 10 – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 3 “MÉTODO” – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Avaliação de consenso | não adequado | | pouco adequado | | muito adequado | | Consideravelmente adequado | | IVC |
|------------------------------|--------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------------------|----------|------------|
| Componentes | n | % | n | % | n | % | n | % | IVC |
| Layout | 0 | 0.00% | 1 | 5.00% | 13 | 65.00% | 6 | 30.00% | 0,95 |
| Cores | 0 | 0.00% | 1 | 5.00% | 8 | 40.00% | 11 | 55.00% | 0,95 |
| Fonte | 0 | 0.00% | 2 | 10.00% | 12 | 60.00% | 6 | 30.00% | 0,90 |
| Conteúdo | 0 | 0.00% | 3 | 15.00% | 12 | 60.00% | 5 | 25.00% | 0,85 |

FONTE: A autora (2020)

GRÁFICO 9 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 3 – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020)

Apesar do consenso, algumas sugestões foram feitas quanto ao Item 3 “Método” e estão sumarizadas a seguir.

QUADRO 17 - SUGESTÕES DOS ESPECIALISTAS QUANTO AO CONTEÚDO RELATIVO AO MÉTODO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| |
|---|
| O recrutamento dos respondentes, a análise estatística e a seleção dos entrevistados não estão claros |
| Necessário dizer que haverá estratificação antes de dizer propriamente a amostra (fase 01). |
| Sugiro deixar as entrevistas em aberto (fase 05) pois em alguns locais pode ser viável e interessante entrevistas coletivas. |
| A fase 06 PRECISA explicitar a INTEGRAÇÃO DOS DADOS |
| Não ficou claro: 1) o que seria feito em "definir as variáveis para follow-up" 2) como seriam selecionados os participantes para a entrevista na fase qualitativa |

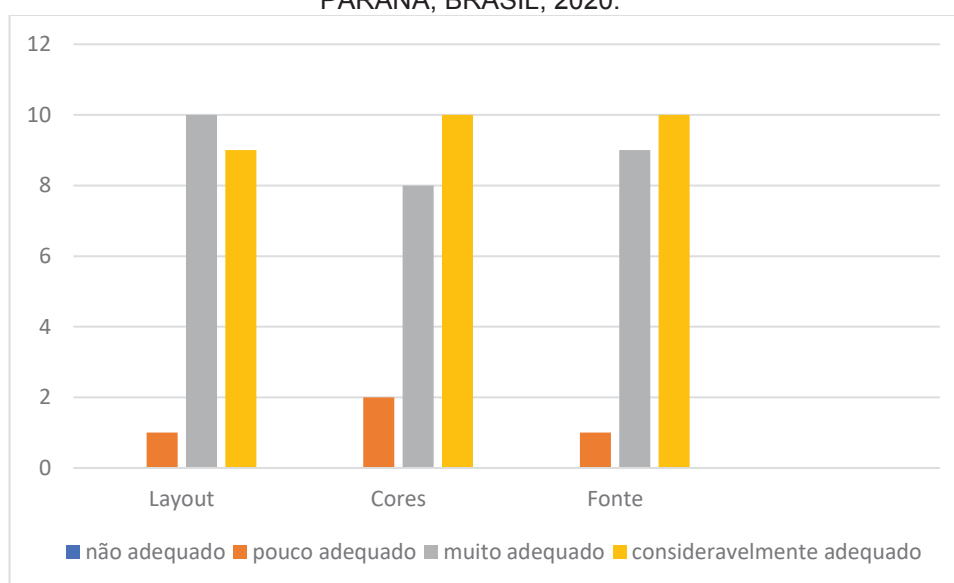
FONTE: A autora (2020)

TABELA 11 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS, RELATIVAS E IVC DO ITEM 4 “CHECKLIST” – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.

| Avaliação de consenso | não adequado | | pouco adequado | | muito adequado | | Consideravelmente adequado | | IVC |
|-----------------------|--------------|-------|----------------|--------|----------------|--------|----------------------------|--------|------|
| Componentes | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Layout | 0 | 0.00% | 1 | 5.00% | 11 | 55.00% | 8 | 40.00% | 0,95 |
| Cores | 0 | 0.00% | 3 | 15.00% | 8 | 40.00% | 9 | 45.00% | 0,85 |
| Fonte | 0 | 0.00% | 1 | 5.00% | 11 | 55.00% | 8 | 40.00% | 0,95 |
| Conteúdo | 1 | 5.00% | 3 | 15.00% | 8 | 40.00% | 8 | 40.00% | 0,80 |

FONTE: A autora (2020)

GRÁFICO 10 - AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO ITEM 4 – RODADA 2. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020.



FONTE: A autora (2020)

As sugestões para readequação ao conteúdo do *Checklist* estão apresentadas na íntegra a seguir:

Sugestão 1: “Achei um pouco tendencioso dar clara ênfase aos chefes de departamento (que são inegavelmente relevantes no diagnóstico esperado), uma vez que a segurança do paciente deve se dar eminentemente no ato assistencial, ainda que para isso deve haver intenso investimento gerencial. Sugiro não dar ênfase a nenhuma categoria. O que seria: As entrevistas foram transcritas em instrumento próprio? A transcrição em si não é feita em “instrumentos”. O termo é usado equivocadamente. Sugiro dizer algo como “em meio próprio” ou apenas “as entrevistas foram devidas e integralmente transcritas”. Os autores usam

frequentemente o termo "triangulação", aparentemente, para se referir à INTEGRAÇÃO de dados. O termo triangulação não é adequado nesse contexto. Isso é muito frágil no modelo. Sugiro que seja mais enfático em induzir os interessados em, de fato, integrar as informações quantitativas e qualitativas. Isso é aberto e nada factível de apreensão no modelo. "

Sugestão 2: "NA ETAPA 2 - Rever o temo "CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE" me parece um termo novo, não ficou claro".

Sugestão 3: "N[a] etapa 1, quarto item, quando se diz "chefe de departamento", refere-se á cargo. Seria adequado trocar por "chefias", que se refere à função e fica mais generalizado, considerando-se que em diferentes instituições/serviços pode haver outras nomenclaturas para tal função. "

Sugestão 4: "Na etapa 2 - Coleta de dados, da Primeira fase [quantitativa] no item "foi aplicado ao menos um questionário de clima de segurança do paciente" considerar "questionário de clima/cultura de segurança do paciente".

Sugestão 5: "Colocaria entrevista sempre no plural. Por exemplo, selecionar os participantes das entrevistas. "

Sugestão 6: "Centralizar o conteúdo; é descrito na etapa qualitativa "Os indivíduos receberam convite formal e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) consentindo a gravação da entrevista". Sugiro padronizar essa informação também na etapa quantitativa ou deixar como observação da mesma forma que encontra-se na etapa 2. Acrescentar no título: Checklist do modelo misto de diagnóstico de CULTURA de segurança do paciente. "

As sugestões não aceitas (2 e 5) estão justificadas no capítulo que se segue. A sugestão nº 1 foi considerada parcialmente e as demais foram consideradas totalmente. As alterações foram aplicadas ao respectivo item. Vale destacar que a

sugestão nº 5 não se referiu ao Item 4, e sim ao Item 3 “Método”. Este dado é relevante visto que segundo o valor de IVC adotado, apenas uma discordância seria suficiente para que o Item não atingisse o IVC de 0,85.

O Quadro 11 sumariza os itens que obtiveram consenso e apresenta os valores de IVC, as sugestões feitas e as alterações realizadas, resultando na versão final e desta forma, concluindo as rodadas de consenso.

QUADRO 18 - CONSENSO E DESCRIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES EFETUADAS APÓS A SEGUNDA RODADA DE CONSENSO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. (Continua)

| Item 1 | Componente | IVC | Consenso/Sugestões | Modificações |
|--------------|------------|---------------------|--|---|
| Título Geral | Layout | 1 | Layout aprovado | |
| | Cores | 0,90 | Cores aprovadas | |
| | Fonte | 1 | Fonte aprovada | |
| | Conteúdo | 0,95 | Conteúdo aprovado | |
| Item 2 | Componente | IVC | Consenso/Sugestões | Modificações |
| Etapas | Layout | 0,95 | Layout aprovado | |
| | Cores | 0,90 | Cores aprovadas | |
| | Fonte | 0,95 | Fonte aprovada | |
| | Conteúdo | Obtido na 1ª rodada | Conteúdo aprovado | |
| Item 3 | Componente | IVC | Consenso/Sugestões | Modificações |
| Método | Layout | 0,95 | | |
| | Cores | 0,95 | | |
| | Fonte | 0,90 | | |
| | Conteúdo | 0,85 | -Rever a clareza quanto ao recrutamento, seleção dos entrevistados e análise estatística -Deixar explícito a integração dos dados | |
| Item 4 | Componente | IVC | Consenso/Sugestões | Modificações |
| Checklist | Layout | 0,95 | | |
| | Cores | 0,85 | | Foi realizado o ajuste, visto que as cores estavam invertidas em relação às fases de pesquisa |
| | Fonte | 0,95 | | |

(Continua)

QUADRO 19 - CONSENSO E DESCRIÇÃO DAS MODIFICAÇÕES EFETUADAS APÓS A SEGUNDA RODADA DE CONSENSO. CURITIBA, PARANÁ, BRASIL, 2020. (Continuação)

| | | | | |
|--|----------|------|--|---|
| | Conteúdo | 0,80 | <ul style="list-style-type: none"> -Retirar ênfase aos chefes de departamento -Substituir transcrição das entrevistas em instrumento próprio por "em meio próprio" -Acrescentar o termo "cultura" à afirmação: "Foi aplicado ao menos um questionário de clima de segurança do paciente" -Substituir o termo "triangulação" por "integração" -Rever o termo "CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE" -Padronizar a aplicação do TCLE para ambas as fases da pesquisa | <p>Substituído "em instrumento próprio por "em meio próprio"</p> <p>Adição do termo cultura resultando na sentença: "Foi aplicado ao menos um questionário de clima/cultura de segurança do paciente".</p> <p>Padronizado a orientação sobre o TCLE para ambas as fases da pesquisa</p> |
|--|----------|------|--|---|

FONTE: A autora (2020)

A tabela abaixo apresenta o percentual de consenso em relação à totalidade dos componentes avaliados em cada Item.

TABELA 12 - PERCENTUAL DE CONSENSO NA SEGUNDA RODADA

| Itens avaliados | Percentual de Consenso |
|-----------------|------------------------|
| Item 1 | 100% |
| Item 2 | 100% |
| Item 3 | 100% |
| Item 4 | 100% |

FONTE: A autora (2020)

O componente "Conteúdo" do Item 4 atingiu um IVC de 0,80, contudo, não houve necessidade de uma terceira rodada para validar o item, visto que as sugestões recebidas, caso aceitas, poderiam comprometer a ideia central do Guia.

Além disso, a literatura respalda o IVC mínimo de 0,80 para a elaboração de instrumentos novos (DAVIS, 1992; GRANT; DAVIS, 1997).

4.5 GUIA PRÁTICO PARA O DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O guia foi pensado enquanto aconteciam as rodadas de consenso, especificamente após os primeiros resultados. No primeiro momento da pesquisa, objetivava-se elaborar um modelo de diagnóstico da cultura de segurança do paciente que em síntese, seria um modelo gráfico contendo todos os itens necessários ao diagnóstico da cultura de segurança do paciente. Contudo, constatada a necessidade de adicionar um elemento ao modelo gráfico e então, elaborado o *Checklist*, discutiu-se a readequação da terminologia previamente escolhida “Modelo”.

Após pesquisa sobre qual seria o termo mais adequado para ser utilizado em substituição, mas que, contudo, não comprometesse a ideia e metodologia do diagnóstico, optou-se por utilizar o termo Guia Prático. O guia permite além da inserção do modelo gráfico e do *Checklist*, a compilação das temáticas abordadas nos capítulos da revisão, além de dados atuais sobre as pesquisas de cultura de segurança e ainda assim, manter a objetividade.

O processo de editoração do Guia Prático para o diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente iniciou-se após concluídos os trâmites de defesa da dissertação.

5 DISCUSSÃO

Este tópico discute primeiramente os achados da revisão de escopo, que relevou importantes aspectos metodológicos sobre as pesquisas de cultura de segurança do paciente e sua relação com as sugestões dos especialistas ao longo das rodadas de consenso. Em seguida, discutem-se os conceitos-chave utilizados na construção do Guia.

5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS DAS PESQUISAS DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Os resultados da revisão colocam em evidência três pontos principais. Em primeiro lugar, o uso inapropriado ou, sem distinção, do termo “Cultura de segurança do paciente”, traz vieses nas pesquisas que buscam avaliá-la. A falta de precisão entre os termos clima e cultura, gera dados de pesquisas climáticas e que por sua vez são reportadas pelas pesquisas como dados culturais. Pesquisas que analisaram a cultura utilizando questionários autoadministrados são recorrentes, como demonstra a literatura (HELLINGS et al., 2007; GAMA; OLIVEIRA; HERNANDÉZ, 2013; CARMO, 2018; LOPEZ et al., 2020; CARMO et al., 2020).

O uso exclusivo dos questionários como ferramenta de coleta de dados de cultura, o segundo ponto que chamou atenção, é reflexo desta imprecisão do uso do termo cultura e dá a entender que cultura e clima podem ser analisados segundo as mesmas técnicas de coleta de dados. Contudo, pesquisas de cultura destacam como fator limitante o uso exclusivo de questionários, assumindo serem insuficientes para captar os aspectos subjetivos da cultura (EL-JARDALI et al., 2010; GIMÉNEZ-MARÍN et al., 2015; BECK et al., 2018).

Esta limitação se dá, entre outros motivos, pelo caráter transversal das pesquisas que impossibilitam a relação entre causa-efeito (KNIHS et al., 2020), como as que aplicam questionários para monitorar o estado da cultura de segurança do paciente.

Os questionários mais utilizados dentre a amostra, tanto nas pesquisas de cultura quanto de clima, foram o HSOPSC e o SAQ. Os resultados não

demonstraram nenhuma distinção do percurso metodológico a depender do objeto de estudo. As pesquisas que buscaram avaliar o clima com o uso dos questionários utilizaram além destes, questionários autodenominados de clima de segurança, como o PSCHO (HARTMANN et al., 2008; ZHOU et al., 2018) e o *Safety Climate Questionnaire* (SCQ) (TARLING et al., 2017).

É imprescindível reiterar que não há prejuízo na utilização de questionários caso o objeto da avaliação seja o clima, contudo, caso o que se queira avaliar seja a cultura, os questionários mostram-se insuficientes (SCHEIN, 2001; RUSSO, 2017).

O clima é obtido quando capta dados provenientes das percepções dos funcionários, revelando pontos fortes ou fracos de suas respectivas unidades de trabalho, setores ou ainda, podendo ser obtido de toda a Organização. Estes pontos, avaliados como fracos ou fortes, são denominadas dimensões. Os questionários atuam então como ferramentas capazes de avaliar estas dimensões como por exemplo, boas avaliações na dimensão satisfação no trabalho (FERMO; ROSA; MARINHO, 2016; KNIHS et al., 2020) e condições de trabalho (KOLANKIEWICZ et al., 2017) ou, dimensões que necessitam de melhorias (CARVALHO et al., 2019; PAVAN et al., 2019).

O terceiro ponto que se destaca é o fato de que muitas pesquisas de cultura não incluem todos os estratos profissionais em sua amostragem, bem como não incluem os gerentes e demais membros dos setores administrativos.

Quanto a gestão da Organização, apesar de conhecida a importância de seus membros na construção de políticas institucionais e estratégias bem como firmar objetivos e atuar no controle e monitoramento de resultados relacionados à segurança do paciente (CARMO et al., 2020), ainda assim foi possível observar pesquisas que objetivaram avaliar a cultura, mas que não incluíram este estrato (KOLANKIEWICZ et al., 2017; GALVÃO et al., 2018).

As pesquisas que utilizaram apenas um estrato profissional (RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013; MACEDO et al., 2016; RAMOS; CALIDGID, 2018) assumiram o risco de vieses de pesquisa que isto poderia resultar. Este dado corrobora com os referenciais adotados para a elaboração do Guia, já que a cultura Organizacional é construída, mantida e perpassada por todos os seus membros (SCHEIN, 2001; RUSSO, 2017).

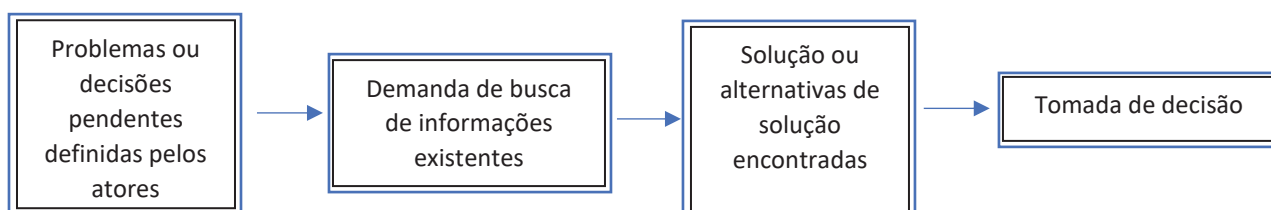
5.3 ASPECTOS TEÓRICOS DO GUIA PRÁTICO PARA O DIAGNÓSTICO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Ao adotar o desenho sequencial explanatório dos métodos mistos, o guia elaborado propõe a condução do diagnóstico de cultura de segurança do paciente por fases sequenciais de pesquisa, as quais primariamente identificam os problemas relatados pelos atores envolvidos e após, ao identificar a demanda de buscar por informações adicionais, leva à execução de pesquisa delimitada e aprofundada.

Este modelo de pesquisa é denominado por Weiss (1979) como “modelo de resolução de problemas”. A sua utilização viabiliza que os resultados das pesquisas gerem alternativas e fomentem a elaboração de estratégias, planos de ação e por fim, tomadas de decisão em prol da resolubilidade.

Elias e Patroclo (2005) descrevem o modelo de resolução de problemas conceituado por Weiss (1979). Este modelo (FIGURA 19) estrutura-se como a maneira mais comum de utilização dos resultados de uma pesquisa, ao aplicar diretamente os resultados obtidos para a resolução de problemas ou direcionando a tomada de decisões. Parte-se da premissa de que a pesquisa permitirá a verificação de evidências empíricas que irão direcionar a resolução de um problema.

FIGURA 20 - FLUXOGRAMA DO MODELO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS



FONTE: Adaptado de Elias e Patroclo (2005)

O destaque de um modelo centrado na resolução de problemas é que além de ser linear, ou seja, uma pesquisa é seguida de outra em busca de aprofundamento, expansão e/ou explanação, significa que ao identificar os

problemas que antes não estavam às claras, através de um processo de pesquisa torna-se então possível e mandatório a tomada de decisões (WEISS, 1979).

Contudo para que os resultados de uma pesquisa sejam utilizados é necessário compreender fenômenos Organizacionais como a posição e poderes decisórios dos atores formuladores de políticas, da definição exata do problema, bem como a dimensão em que este ocupa. Demais fatores como bases teóricas sólidas e a não contrariedade a fortes interesses políticos. Ainda, os resultados da pesquisa não podem ser ambíguos, de modo que descaracterize a relevância de um problema levando ao não direcionamento de tomada de decisão (ELIAS; PATROCLO, 2005).

Para Trostle e colaboradores (1999), existem fatores de promoção e impedimento para a implementação de políticas como a urgência do problema, estabilidade política, pesquisadores que possuam poder decisório e formuladores de políticas (fatores de promoção) e restrições orçamentárias, descontinuidade administrativa e centralização excessiva do poder (fatores de impedimento).

Russo (2017) reafirma, baseado em relevantes conceitos e pesquisas de liderança e comportamento organizacional³, que a razão de ser de uma Organização está imbricada em suas normas, diretrizes, estratégias e por fim, no comportamento dos funcionários, até mesmo no seu modo de pensar, ainda que inconsciente a isto.

Portanto, depreende-se que as estratégias em prol de melhorias aos problemas de segurança do paciente identificados necessitam de apoio institucional de modo amplo, considerando a estrutura hierárquica de detenção dos poderes decisórios.

Ao identificar os problemas e estabelecer a urgência em resolvê-los é que se desenvolvem as políticas. A necessidade prévia de coletar dados para executar um diagnóstico, neste caso de cultura de segurança, pode se dar de variadas formas bem como a escolha de quais necessidades serão atendidas ou ignoradas para que uma política seja elaborada. Se for este o caso, podem haver circunstâncias nas quais, a fim de formular políticas, o problema deverá ser

³ HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. e JHONSON, D.E. *Management of Organizational Behavior: utilizing human resources*. 7 ed, Prentice Hall: Upper Saddle River, 1996.

revisitado e explorado, na busca de estabelecer acordos e negociações (ELIAS; PATROCLO, 2005).

5.4 VERSÃO FINAL DO GUIA PRÁTICO

Conforme apresentado previamente na segunda rodada de consenso, todos os Itens, com exceção do componente “Conteúdo” do *Checklist*, obtiveram consenso. Contudo, algumas sugestões feitas ao Item 3 “Método” serão esclarecidas e em seguida, serão apresentadas as considerações às sugestões feitas ao conteúdo do *Checklist*, mas que não foram aplicadas para a versão final do Guia, conforme justificado previamente.

5.4.1 Sugestões não acatadas para a versão final relacionadas ao Item 3 “Modelo”

Para a sugestão **“O recrutamento dos respondentes, a análise estatística e a seleção dos entrevistados não estão claros”**, cabe o esclarecimento de que o guia não visa determinar pormenores dos métodos de recrutamento ou de análise estatística que podem ser realizadas quando da aplicação do questionário de clima ou cultura de segurança, visto que cabe a cada pesquisador a definição destes aspectos que podem variar de acordo com objetivos específicos e da pergunta de pesquisa.

Quanto às sugestões subsequentes **“Necessário dizer que haverá estratificação antes de dizer propriamente a amostra”, “A fase 06 PRECISA explicitar a INTEGRAÇÃO DOS DADOS” e “Não ficou claro: 1) o que seria feito em “definir as variáveis para follow-up” 2) como seriam selecionados os participantes para a entrevista na fase qualitativa”**, evidencia-se que *Checklist* foi desenvolvido como alternativa para trazer de modo conciso (visto que o excesso de informações foi um fator preponderante de não consenso na primeira rodada) as recomendações à execução do diagnóstico misto de cultura de segurança, servindo como um guia geral.

O *Checklist* apresenta o percurso metodológico por ordem de prioridade entre os procedimentos de cada etapa tanto da primeira fase (quantitativa) quanto da segunda (qualitativa). Desta forma as sentenças da primeira fase: **“A amostra**

é probabilística estratificada” vem antes de **“Os indivíduos foram aleatorizados”**, demonstrando que primeiramente ocorre a estratificação da amostra e somente após determinar quais e quantos serão os participantes (cálculo amostral), ocorre então a aleatorização.

Ainda, um dos especialistas identificou que a etapa 6 (relatou como “fase 06”), relativa à mixagem dos dados, não deixa clara a integração dos dados. Entretanto, o *Checklist* traz as seguintes sentenças:

- **“Os dados da primeira e segunda fase foram triangulados (dados oriundos da fase qualitativa auxiliando na compreensão dos dados da fase quantitativa)”**
- **“Foi elaborado um relatório descrevendo as análises da primeira e segunda fase e a triangulação dos dados”**
- **“O relatório especifica se houve e quais foram as contribuições dos dados qualitativos para a investigação”**
- **“A partir da triangulação dos dados foi gerado um diagnóstico da cultura de segurança do paciente local (setorial) ou da Organização de Saúde (se pesquisa interna em todos os setores)”**

O termo “triangulação” é próprio da disciplina de métodos mistos e pode ser substituído, sem prejuízo, para integração dos dados (BRADY; COLLIER, 2004, PARANHOS et al., 2016) E tem sido utilizado desde o fim da década de 1970 para se tratar da integração de dados quantitativos e qualitativos (SANTOS J et al., 2017). Os procedimentos acima dão dicas de como a triangulação/integração deve ser feita. Destaca-se, contudo, que cabe ao pesquisador o aprofundamento teórico-metodológico da abordagem a ser utilizada na condução de uma pesquisa para atingir os requisitos do rigor metodológico do que se propõe investigar.

Quanto à última sugestão, que trouxe dúvidas quanto ao processo de *follow-up*, as sentenças do *Checklist* explicitam:

- **As variáveis do instrumento foram analisadas estatisticamente**
- **Foram identificadas variáveis problemáticas (questões positivas avaliadas negativamente e vice-versa)**

- **Foram definidas as variáveis problemáticas que receberão *follow-up* a serem exploradas na segunda fase**

Logo, definir as variáveis para *follow-up* significa, conforme a sequência de prioridade acima, identificar quais foram as variáveis problemáticas, obtidas a partir da análise estatística das variáveis do questionário aplicado na primeira fase, e em seguida selecionar quais destas receberão seguimento para serem exploradas mais a fundo na fase qualitativa (CRESWELL, J; CRESWELL, D, 2018).

Quanto ao recrutamento para a fase qualitativa a sentença: **“Os indivíduos selecionados fizeram parte da primeira fase e foram recrutados por conveniência ou cálculo amostral”** demonstra como deve ser feito, ou seja, a partir de cálculo amostral apoiado por estatística em relação à primeira amostra, ou por conveniência, ficando este quesito a critério do pesquisador.

A prerrogativa de que o participante da segunda fase tenha participado da primeira se deve ao indicativo de que existem limitações relacionadas ao uso isolado dos questionários, como respostas incompletas dentre outros (REIS et al., 2016). Ainda, a participação em ambas as fases permite acessar diferentes aspectos dos mesmos participantes, auxiliando na compreensão do fenômeno.

Moretão (2019) selecionou de forma aleatória para a parte qualitativa do estudo médicos e enfermeiros, pelo critério de maior contato com os pacientes, e as entrevistas foram realizadas até atingir a saturação dos dados, apoiado por Minayo (2017).

Allen e colaboradores (2010) utilizaram a técnica de recrutamento proposital utilizando uma amostragem de caso crítico, que seria selecionar as pessoas com maior probabilidade de prover as informações requeridas, apoiados por Patton (1990) e Hansen (2006). Ainda, outro estudo convidou os participantes a partir de observação não-participativa, solicitando ao participante que voluntariamente definisse o tempo da entrevista (GRANEL et al, 2020).

Uma das sugestões ao item 3 foi **“Sugiro deixar as entrevistas em aberto (fase 05) pois em alguns locais pode ser viável e interessante entrevistas coletivas”**. Optou-se por orientar a aplicação de entrevistas individuais devido à proposta do diagnóstico de cultura, pois entende-se que o funcionário pode se sentir inibido para relatar problemas organizacionais, ou relacionais entre a equipe

ou entre a chefia, ou até mesmo situações experienciadas que possam contribuir para algum risco ao participante que podem eventualmente surgir quando exposto a entrevistas coletivas.

Os estudos mistos têm corroborado com este raciocínio, empregando entrevistas individuais na fase qualitativa da pesquisa (ALLEN; CHIARELLA; HOMER, 2010; WAMI et al, 2016; MORETÃO, 2019; GRANEL et al, 2020).

5.4.2 Sugestões não acatadas para a versão final do guia relacionadas ao conteúdo do Item 4 “*Checklist*”

Após a segunda rodada de consenso, o componente conteúdo do *Checklist* obteve um IVC de 0,80. Contudo as sugestões recebidas não foram acatadas devido ao risco de comprometer ou modificar a proposta do guia. Quanto à primeira sugestão registrada: **“Achei um pouco tendencioso dar clara ênfase aos chefes de departamento”**, afirma-se não haver destaque aos mesmos.

A sentença foi construída desta forma, pois muitos estudos que se propõem a avaliar clima ou cultura de segurança do paciente ou não especificam a amostra ou não incluem as chefias (PROFIT et al., 2011; ALVES; GUIRARDELLO, 2016; GOLLE et al., 2018; ABREU et al., 2019; ARBOIT et al., 2020). Tendo em vista a importância destes profissionais, como reconhecido pelo especialista que sugeriu a retirada da “ênfase”, optou-se por construir a sentença desta forma: **“Os estratos são representativos e incluem chefes de departamento”**.

Contudo, a sentença foi alterada para **“Os estratos são representativos e incluem as chefias”**, conforme sugestão de um juiz que justifica que a terminologia “chefes de departamento” pode variar conforme a Organização, sendo “chefias” um termo mais generalizável, quando comparado ao anterior. Moretão (2019) e Costa (2016) utilizam o termo chefias em suas dissertações de mestrado.

A sugestão **“Na etapa 2 - Rever o termo “CLIMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE” me parece um termo novo, não ficou claro”**, não pode ser considerada visto que os termos clima ou pesquisa climática de cultura de segurança bem como os questionários de clima de segurança do paciente de modo algum são recentes, estando presentes em diversas pesquisas nas últimas duas décadas (HARTMANN et al., 2008; SINGER et al., 2009; RAFTOPOULOS;

PAVLAKIS, 2013; KAWANO et al., 2014; MASCHEREK; SCHWAPPACH, 2017). Ressalta-se que a constatação deste relato pode ter influenciado no não atingimento do IVC 0,85 no respectivo Item.

A sugestão “**Colocaria entrevista sempre no plural. Por exemplo, selecionar os participantes das entrevistas**” não foi considerada, visto que para a segunda fase cabe apenas uma entrevista, considerando o desenho sequencial explanatório. Caso mais entrevistas sejam feitas a partir de uma necessidade identificada em uma pesquisa inicial, há que se considerar a alteração para um dos desenhos complexos, disponíveis na pesquisa de métodos mistos.

Contudo, uma última alteração foi feita em relação ao título do *Checklist* que ao fim da segunda rodada, ficou validado como “*Checklist do Modelo Misto de Diagnóstico de Segurança do Paciente*” e recebeu a sugestão de acrescentar o termo “Cultura”, de modo que resultasse em: “*Checklist do Modelo Misto de Diagnóstico de Cultura de Segurança do Paciente*”.

A sugestão de inclusão do termo foi considerada, porém, com a mudança da terminologia adotada para a pesquisa de “modelo” para “guia prático”, ficou como versão final o seguinte título: **Checklist do Guia Prático para o diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente**.

O Guia Prático foi submetido ao registro de direitos autorais na Câmara Brasileira do Livro, sob certificado: b3111ce625ddac93319badbe4463783fd351cbfcd17ed1c96c195c3bcfbe4597, Disponível em: [Certificado de Registro de Direito Autoral · Portal de Serviços CBL \(cblservicos.org.br\)](https://cblservicos.org.br/Certificado-de-Registro-de-Direito-Autoral-Portal-de-Servicos-CBL).

A versão final foi composta pelos seguintes elementos: *Background/Contextualização* da temática de segurança do paciente; *Fundamentação teórico-metodológica*; *Modelo gráfico*; *Checklist* de pesquisa e *Referências*, e encontra-se disponível no *link*: <https://drive.google.com/file/d/1gWJT9u9zHg1r5hllq498TLFSiA7Ee8tw/view?usp=sharing>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi alcançado, visto que através da contribuição de especialistas na área tornou-se possível a elaboração de um Guia Prático que descreve a aplicação de metodologias consolidadas, unindo elementos gráficos e textuais de modo descomplicado e ordenado para mediar avaliações e monitoramento em prol da segurança do paciente e melhoria da qualidade, propiciando assim, a entrega de assistência segura.

Tal proposta integra métodos mistos para o diagnóstico da cultura de segurança do paciente, assim como a inquietação que motivou a realização desta pesquisa. Tendo em vista os dados identificados na literatura sobre as metodologias utilizadas nas pesquisas de cultura de segurança do paciente, apreende-se ser necessária a adoção de abordagens que sejam sensíveis à obtenção e tratamento de dados subjetivos.

Por tratar-se de uma metodologia que revela aspectos mais profundos, a integração dos dados viabilizada pela abordagem de métodos mistos possibilita ao serviço maior intervalo entre as avaliações, visto que as características da cultura não são alteradas sem que haja esforços para este fim. Assim, a programação do setor responsável poderá prever um tempo adequado à implantação de estratégias e à conscientização dos membros envolvidos, para então, executar avaliações amiúde, conforme acordado entre os gestores.

Resgatando a explanação discurrida no capítulo introdutório, compreende-se que a elaboração deste Guia possibilita além de avaliar, trazer resolutividade aos problemas identificados, visto que a proposta é entregar às Organizações de Saúde um Guia Prático para o diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente que seja claro e intuitivo, mediante a união do modelo gráfico e do *Checklist*, que proporciona suporte à condução das etapas da pesquisa pelos gestores responsáveis, e em especial, direcionado ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Observou-se um amplo destaque quanto ao papel gerencial do enfermeiro frente à política institucional, e a relevância destes profissionais em participarem das ações e estratégias elencadas em prol da segurança do paciente, tendo em vista apoiá-las. Deste modo, recomenda-se que os enfermeiros sejam partícipes,

tanto como membros dos núcleos de segurança, quanto como incentivadores para implementação do diagnóstico em suas unidades de trabalho.

Consequentemente, o Guia reforça a ideia de que pesquisas de diagnóstico de cultura de segurança não necessitam ser conduzidas apenas por pesquisadores da academia, devendo ser uma prática institucional periódica, sob programação. A execução regular do diagnóstico da cultura de segurança do paciente pode ser um caminho assertivo para monitorar a cultura local, controlando os resultados de saúde que são por ela gerados.

Como contribuição para a pesquisa, este estudo demonstrou que em não considerar as especificidades de um fenômeno, fica posto o risco de não o compreender. As diversas pesquisas revisadas, que utilizaram questionários sem a adição de um componente qualitativo, evidenciaram a incompletude de seus resultados. Portanto, recomenda-se que pesquisas futuras utilizem a abordagem de métodos mistos para diagnosticar a cultura de segurança do paciente, tendo em vista a sinergia existente entre a natureza do fenômeno e a proposta integrativa de dados.

De modo a contribuir para o ensino, os resultados evidenciam a relevância de compreender as terminologias adotadas para avaliar a segurança do paciente (clima/cultura), e a necessidade de clarificar estes conceitos, visto fazerem parte da prática profissional do Enfermeiro. Considera-se como sugestão para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes gerenciais, que o discente de Enfermagem conheça o Núcleo de Segurança do Paciente de seu local de estágio, e as estratégias de avaliação e monitoramento da cultura de segurança do paciente que existem na Organização de Saúde.

E, finalmente, como contribuição para a prática, esta pesquisa demonstra a relevância do papel individual e coletivo de todos os membros de uma Organização de Saúde, na perspectiva da perpetuação da cultura, de modo que, para que haja mudança ou melhorias, é necessário o engajamento coletivo. Compreende-se a importância da construção e manutenção das políticas institucionais para segurança do paciente com a formulação de estratégias e ferramentas para a geração e o controle da qualidade da assistência.

Neste sentido, o Guia Prático elaborado pode contribuir para a avaliação periódica dos serviços de saúde. A partir de um diagnóstico sólido abre-se espaço

à discussão e avaliação de políticas e protocolos de segurança. Ainda, o diagnóstico de segurança proposto, por subsidiar-se em uma abordagem que esquadrinha os dados subjetivos e os integra a dados numéricos, é capaz de identificar entre diferentes setores especificidades e nós críticos que, por vezes, podem diferir entre si.

As limitações impostas pela pandemia da Covid-19 impossibilitaram a realização dos demais procedimentos do referencial de Pasquali. A pesquisa empírica será realizada em momento oportuno, com o fim de validar o Guia Prático.

Caber apontar que após a validação do modelo e do *checklist*, foram identificados alguns aspectos que não foram totalmente elucidados, como por exemplo, o passo a passo detalhado sobre como deve ser feita a integração dos dados, ou sobre a escolha do questionário, visto que apresentam distinções e especificidades quanto ao contexto de aplicação. Estes aspectos foram melhor esclarecidos por meio do Guia Prático e posteriormente, será dada maior ênfase a partir do desenvolvimento de um *e-book sobre o diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente*, visto permitirem a inserção de um número maior de componentes, tanto gráficos como textuais.

O Guia Prático será divulgado gratuitamente aos serviços interessados em integrar as etapas subsequentes de validação, prosseguindo a realização de pesquisa empírica e analítica.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, M.M.; GARCIA, V.S.; GUABIROBA, R.C.S. Rotular não é Preciso! Reflexões sobre a Dicotomia “Qualitativo-Quantitativo” em Administração/Gestão. **RASI**.v.4,n.2:106-111.2018. DOI:<
<https://www.rasi.vr.uff.br/index.php/rasi/article/view/265>>. Acesso em: 30 mai. 2020.
- ABDALLA, M. M. et al. Quality in Qualitative Organizational Research: types of triangulation as a methodological alternative. **Administração: Ensino e Pesquisa**. 19(1), 66–98. 2018. DOI<
<https://doi.org/10.13058/raep.2018.v19n1.578>>. Acesso em: 30 mai. 2020.
- ABREU, I.G. et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. 40(esp):e20180198. 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180198.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2019.
- AGUIAR, L.L et al. Validação de instrumento de avaliação da segurança de pacientes renais em hemodiálise. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800084>. Acesso em: 26 ago. 2019
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3061-3068, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em 01 ago. 2020.
- ALLEN, S.; CHIARELLA, M.; HOMER, C.S. Lessons learned from measuring safety culture: an Australian case study. **Midwifery**. 26(5):497-503. 2010. DOI: <10.1016/j.midw.2010.07.002> Acesso em: 05 jun. 2019
- ALMEIDA, V.C.F. et al. Gerenciamento dos resíduos sólidos em unidades de saúde da família. **Rev. Rene**. v. 10, n. 2, p. 103-112, abr./jun. 2009. Acesso em: 17 mai. 2019
- ALVES, D.F.S.; GUIRARDELLO, E.B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm**. jun;37(2):e588171. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>. Acesso em: 08 jul. 2019.
- ANDRÉ, M. Pesquisa em educação: buscando rigor e qualidade. **Cadernos de Pesquisa**, n.113, p.51-64, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742001000200003>. Acesso em: 04 mai. 2020
- ARBOIT, E.L. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, e125953088, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3088>. Acesso em: 18 set. 2019
- ANDRADE, L.E.L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(1):161-172, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>. Acesso em: 22 jun. 2019

ASCH, S. et al. Comparison of Quality of Care for Patients in the Veterans Health Administration and Patients in a National Sample". **Annals of Internal Medicine**, 141 (12): 938–45. 21 dez, 2004. DOI:10.7326/0003-4819-141-12-200412210-00010. Acesso em: 22 jun. 2019

BARALE, R.F.; SANTOS, B.R. Cultura organizacional: Revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 17(2), abr-jun, 129-136, 2017. DOI: <https://doi.org/10.17652/rpot/2017.2.12854>. Acesso em: 16 mai. 2019

BARNSTEINER, J.; DISCH, J. A Just Culture for Nurses and Nursing Students. **Nurs Clin N Am**, 47:407–416, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2012.05.005>. Acesso em: 15 dez. 2019

BARROS, C. S. et al. O papel gerencial do enfermeiro: construindo o planejamento estratégico situacional de um hospital privado de Aracaju. **Unit, Aracaju - SE**, p. 1 - 3, set/dez, 2017.

BARRY, C.N.; BOWE, T.R.; SUNEJA, A. An Update on the Quality of Medication Treatment for Mental Disorders in the VA. **Psychiatric Services**, 67(8): 930, 2016. DOI:[10.1176/appi.ps.670804](https://doi.org/10.1176/appi.ps.670804). Acesso em: 02 jul. 2019

BATISTA, P.J.; PAGOTTY, T.S.; SILVA, F.M. A Importância da Cultura Organizacional na Implantação da Gestão por Competência. **Rev. Terra & Cult., Londrina**, v. 33, n. esp. 2017. Disponível em: < <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistatestes/article/view/1039>>. Acesso em: 07 jul. 2019

BECK, M.K. et al. Weaknesses in patient safety culture from the perspective of workers in a general hospital. **O Mundo da Saúde**, 42(4): 1062-1081, 2018. DOI: 10.15343/0104-7809.2018420410621081. Acesso em: 02 jul. 2019

BENZER, J.K.; METERKO, M.; SINGER, S.J. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCHO) survey: Short-form development. 20 Apr, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.12731>. Acesso em: 17 jun. 2019

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. Tradução. [s.l.] USP, 1994.

BODUR, S.; FILIZ, E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. **BMC Health Serv Res**, v.10,n.28,2010. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-10-28> Acesso em 10 dez. 2019

BOGDAN, R.; BIKLEN, S.K. **Qualitative research for education: an introduction to theory and methods**. Boston, Allyn and Bacon, 1992

BOHRER, C.D. et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Enferm UFSM**, Jan./Mar.;6(1): 50-60, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769219260>. Acesso em: 10 dez. 2019

BONDEVIK, G.T. The safety attitudes questionnaire - Ambulatory version: Psychometric properties of the Norwegian version for nursing homes. **BMC Health Services Research**, 19(1). DOI: [10.1186/s12913-019-4244-5](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4244-5)

BORGES, F. et al. Grau da cultura de segurança do paciente na percepção da equipe multiprofissional hospitalar. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, v 2(1), 2016. DOI: <https://doi.org/10.48075/vscs.v2i1.14293>. Acesso em: 10 dez. 2019

BRASIL. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2001 nov 9;139(215 Seção 1):37-8.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: **Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 28 jan. 2021

_____. Ministério da Saúde (BR). **Portaria n. 529 de 1o de abril de 2013**: institui o programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): MS; 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 573, de 31 de janeiro de 2018**. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48743098/do1-2018-11-06-resolucao-n-573-de-31-de-janeiro-de-2018-48742847 Acesso em: 28 jan. 2021

BRADY, H.; COLLIER, D. **Rethinking social inquiry: Diverse tools, shared standards**. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 2004.

BRBOROVIĆ, H. et al. Development of a Croatian version of the US Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire: dimensionality and psychometric properties. **Postgrad. Med J. Londres**, v. 90, p. 125-32, 2014. Disponível em: <https://pmj.bmj.com/content/90/1061/125.long>. Acesso em: 07 dez. 2019

CAMPELO, C.L. et al. Cultura de segurança do paciente e cuidado cultural de Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 12(9):2500-6, set., 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a235048p2500-2506-2018>. Acesso em: 09 dez. 2019

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar Programa de segurança do paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p.

791798, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402>. Acesso em: 09 dez. 2019

CASTRO, F. G. et al. A Methodology for conducting integrative mixed methods research and data analyses. **Journal of Mixed Methods Research**, v.4, n.4, p.342-360, 2010. DOI: [10.1177/1558689810382916](https://doi.org/10.1177/1558689810382916). Acesso em: 07 dez. 2019

CARMO, J.M.A. Cultura de segurança do paciente em serviços de atenção obstétrica. Belo Horizonte. **Dissertação** [Mestrado] - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 2018. Available from: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/947M.PDF>. Acesso em: 04 jun. 2019

CARMO, J.M.A. et al. Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal. **Rev. Bras. Enferm.** 73(5): e20190576, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0576. Acesso em: 07 dez. 2019

CARVALHO, P.A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 23(6):1041-1048, 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0669.2647. Acesso em: 28 jun. 2019

CARVALHO, R.E.; CASSIANI, S.H. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 for Brazil. **Rev Lat Am Enfermagem**, 20(3):575-82, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020>. Acesso em: 28 jun. 2019

CARVALHO, R.E.F.L. et al. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2849, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2849.pdf>. Acesso em: 10 dez 2019.

CARVALHO, P.A. et al. Avaliação da cultura de segurança em um hospital público do Distrito Federal, Brasil. **Rev. Bras. Enferm. [Internet]**. 72(Suplemento 1):252-258. 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0716. Acesso em: 28 jun. 2019

CASSIANI, S.H.B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev Bras Enferm**, 58(1):95-99, 2005. Disponível em: <
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 27 jan. 2021

CASTRO, A.V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **reme - Rev. Min. Enferm**, 13(3): 429-434, jul./set., 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>. Acesso em 02 ago. 2020

CECÍLIO, L.C. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado à saúde. **Interface Comun Saúde Educ**. 37(15):589-99, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>. Acesso em: 06 set. 2019

CHEN, I.C.; HUNG-HUI, L. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). **BMC Health Services Research**, v.10:152, 2010. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-152>
Acesso em: 10 dez 2019

COFEN. **Resolução Nº 564/2017**. Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html> Acesso em 01 dez 2019.

COLLA, J.B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v.14, n.5, p. 364–366, 2005. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/14/5/364.long>. Acesso em: 15 jul. 2019.

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p.925-936, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf> Acesso em: 10 dez. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Lei n. 7498/86, de 26 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 1986 jun 26;124(Seção 1):9273-5.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Resolução nº 311/07**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN-MG). Legislação e normas. Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 37-54, 2015.

CORRÊA, J.F. et al. Uma década de publicações sobre cultura organizacional: um estudo bibliométrico. **Revista UNIABEU**, v.11, Número 27, jan-abr, 2018. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/2864/pdf> Acesso em: 15 jun. 2019.

COSTA, D.B et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 27(3):e2670016, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016>. Acesso em: 15 jun. 2019.

COSTA, T.M. Cultura de segurança do paciente: percepção da equipe de enfermagem de um hospital pediátrico. Niterói: [s.n.] 104 f. **Dissertação** (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense. 2016. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/6147/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20FINAL.pdf>>

CUNHA; M.R.P.D; GUIRARDELLO, E.B. Patient Safety Climate in Healthcare Organizations: tradução e adaptação para a cultura brasileira. **Rev Gaúcha Enferm**, 39:e20180010, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180010>

CHIAVENATO, I. **Comportamento Organizacional: A dinâmica do Sucesso das Organizações**. 2 ed. Editora Campus, 2005.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

CRESWELL, J.W.; PLANO CLARK, V.L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd Ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2011.

CRESWELL, J.W. **A concise introduction to mixed methods research**. Thousand Oaks: Sage; 2014.

CRESWELL, J.W. **A concise introduction to mixed methods research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2015.

CRESWELL, J.W., PLANO CLARK, V.L. **Pesquisa de métodos mistos**. 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

CRESWELL, W.J.; CRESWELL, J.D. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. Fifth edition, SAGE; Los Angeles, 2018.

CRUZ, E.D.A.; ROCHA, D.J.M.; MAURICIO, A.B.; ULBRICH, F.S.; BATISTA, J.; MAZIERO, E.C. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. *Cogitare Enferm.* (23)1: e50717, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.50717>. Acesso em: 11 mar. 2021

DAL-FARRA, R.A. Matemática e educação matemática: aproximações epistemológicas, cultura e discursos contemporâneos. **Zetetike**, v.18, p.504-544, 2010. DOI: <https://doi.org/10.5007/1982-5153.2019v12n2p3>. Acesso em: 18 nov. 2019.

DAL-FARRA, R.A.; LOPES, P.T.C. Métodos Mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances**, v.24, p.67-80, 2013. DOI: <https://doi.org/10.14572/nuances.v24i3.2698>. Acesso em: 18 nov. 2019.

DAL-FARRA, R.A.; FETTERS, M.D. Recentes avanços nas pesquisas com métodos mistos: aplicações nas áreas de Educação e Ensino. *Acta Scientiae*, v.19, n.3, maio/jun, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325090710_Recentes_avancos_nas_pesquisas_com_metodos_mistos_aplicacoes_nas_areas_de_Educacao_e_Ensino_Recent_advances_in_mixed_methods_research_Applications_in_the_fields_of_Education_and_Teaching. Acesso em: 18 nov. 2019.

DAVIS, L.L. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Appl Nurs Res**, 5(4):194-197, 1992.

DOWNEY, H.K.; IRELAND, R.D. Quantitative Versus Qualitative: Environmental Assessment in Organizational Studies. **Administrative Science Quarterly**, 24(4), 630. 1979. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2392368>. Acesso em: 19 nov. 2019

DEKKER, S.W.A.; BREAKEY, H. 'Just culture:' Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science*, vol 85, 187-193,

2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.01.018>>. Acesso em: 15 dez. 2019

DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, jan-fev;68(1):144-54, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Acesso em: 06 out. 2019

DUSNTAN, E.; COOK, J.L.; COYER, F. Safety culture in intensive care internationally and in Australia: A narrative review of the literature. **Aust Crit Care**, 32(6):524-539, 2019. DOI: 10.1016/j.aucc.2018.11.003. Acesso em: 16 aug. 2020

EL-JARDALI, F. et al. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. **Int J Qual Health Care**. 22(5):386-395, 2010. DOI: 10.1093/intqhc/mzq047. Acesso em: 20 nov. 2020

ELIAS, F.T.S.; PATROCLO, M.A.A. Utilização de pesquisas: Como construir modelos teóricos para avaliação?. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):000-000, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100028>. Acesso em: 20 dez. 2020

ELDER, N.C.; PALLERLA, H.; REGAN, S. What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. **BMC Fam Pract**, 2006;7:73. Empr., Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, pp. 7-18, 1987. DOI: [10.1186/1471-2296-7-73](https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-73). Acesso em: 08 out. 2019

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes, Second edition**. John Wiley & Sons, Ltd, 2007. DOI:10.1002/9780470024522

FELLI, W.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: _____ KURCGANT, P. (Coord) **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap 1, 2014.

FERMO, V.C.R.V.; ROSA, L.M.; MARINHO, M.M. Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit. **Rev. Gaúcha Enferm**, [Internet]. 37(1):e55716, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.01.55716. Acesso em: 10 aug. 2020

FERREIRA, V.H.S. et al. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Rev Gaúcha Enferm**. 40:e20180291, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>. Acesso em: 10 aug. 2020

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs – principles and practices. **Health Service Research**, v.48, n.6 Pt 2, 2134-2156, 2013. DOI: [10.1111/1475-6773.12117](https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117). Acesso em: 14 jan. 2020

FETTERS, M. D.; FRESHWATER, D. The 1 + 1 = 3 Integration Challenge. **Journal of Mixed Methods Research**, v.9, n.3, p.203-213, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1177/1558689815594687>. Acesso em: 14 jan. 2020

FETTERS, M. D.; MOLINA-AZORIN, J. F. The Journal of Mixed Methods Research Starts a New Decade: Principles for Bringing in the New and Divesting of the Old Language of the Field. **Journal of Mixed Methods Research**, v.11, n.1, 3-10, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1558689816682092>. Acesso em: 14 jan. 2020

FIELDING, N. G. Triangulation and Mixed Methods Designs. **Journal of Mixed Methods Research**, 6(2), 124–136. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1558689812437101>. Acesso em: 14 jan. 2020

FLEURY, Maria Tereza Leme. Estórias, mitos, heróis: cultura organizacional e relações do trabalho. **Rev. adm. empres**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 7-18, Dec. 1987. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901987000400003>. Acesso em: 02 fev. 2020.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed., 2004.

FLIN R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. **Safety Science**, 45(6):653-67, 2007. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753507000203>. Acesso em: 30 out. 2019

FLORES, R.T; SILVA, S.A.F. A influência do clima organizacional nas empresas e nas pessoas. **Revista Conbrad**, v. 3, n. 02 p. 41 a 55 - 2018. Disponível em: <http://www.revistaconbrad.com.br/editorial/index.php/conbrad/article/view/143>. Acesso em: 30 out. 2019

FRANÇOLIN, L. et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros*. **Rev Esc Enferm USP**, 49(2):277-283, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901987000400003>. Acesso em: 30 out. 2019

FREITAS, M.E. Cultura organizacional grandes temas em debate. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 31, n. 3, pp. 73-82; Jul./Set. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rae/v31n3/v31n3a07>. Acesso em: 27 out. 2019

IGO, L.B; KIEWRA, K.A.; BRUNING, R. Individual differences and intervention flaws a sequential explanatory study of college students' copy-and-paste note taking. **Journal of Mixed Methods Research**, v.2, n.2, p.149-168, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1177/1558689807313161>. Acesso em: 13 jul. 2019

GABRANI, A. et al. Aplicação do Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) em hospitais albaneses: um estudo transversal. **BMJ Open**, v.5, e006528, 2015. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e006528.info>. Acesso em: 10 dez. 2019

GALVÃO, T.F. et al. Patient safety culture in a university hospital. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**, 26:e3014, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>. Acesso em: 07 nov. 2019

GAMA, Z.A.S.; OLIVEIRA, A.C.S.; HERNÁNDEZ, P.J.S. Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. **Cad. Saúde Pública**

[Internet], 29(2):283-293, 2013. DOI: [10.1590/S0102-311X2013000200015](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015). Acesso em: 07 nov. 2019

GAMA, Z.A.S. et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.9, e00026215, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00026215>. Acesso em: 07 nov. 2019

GRANT, J.S; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health**, 20(3):269-274, 1997.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 4 ed, Rio de Janeiro, Thieme Revinter Publicações, 2019.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas. 2008.

GIORDANI, J.N.; BISOGNO, S.B.; SILVA, L.A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta Paul Enferm**, 25 (4):511-6, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400005>. Acesso em: 23 nov. 2020

GIBSON, C.B. Elaboration, Generalization, Triangulation, and Interpretation. **Organizational Research Methods**, 20(2), 193–223, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1094428116639133>. Acesso em: 26 ago. 2020

GIMÉNEZ-MARÍN, A. et al. Assessment of patient safety culture in clinical laboratories in the Spanish National Health System. **Biochem Med (Zagreb)**. 2015;25(3):363-76. DOI: 10.11613/BM.2015.036. Acesso em: 15 nov. 2020

GOLLE, L. et al. Cultura de segurança do paciente em hospital privado. **Rev Fund Care Online**, jan./ mar.; 10(1):85-89, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.85-89>. Acesso em: 07 nov. 2019.

GOMES, E.L.R. Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1991. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000732646>. Acesso em: 28 jan. 2021.

GONZÁLES-LIMAS, W.R. et al. Revisión sistemática de las concepciones de cultura organizacional, **Univ. Salud**, v.20, n.2, p.200-214, 2018. Disponível em: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3569/pdf>. Acesso em: 10 de.z 2019.

GÖRAS, C. et al. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). **BMC Heal Serv Res**. 13(104):1-7, 2013. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-104>. Acesso em 24 nov. 2019

GUALDA, D.M.R. et al. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.29. n.3, p.297-309, dez. 1995

GUETTERMAN, T.C.; FETTERS, M.D.; CRESWELL, J.W. Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. **Ann Fam Med [Internet]** Nov, 13(6):554-61, 2015. Disponível em: <http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.1865>. Acesso em 17 jul. 2019

GUZZO, G.M. et al. Segurança de terapia medicamentosa em neonatologia: olhar de enfermagem na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo. **Texto Contexto Enferm.** 27(3): e4500016, 2018. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180004500016>>. Acesso em 7 mai. 2019

GRANEL, N. et al. Nurses' perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study. **BMC Health Serv Res**, 29 (2): 283-293. 2020. DOI: 10.1186/s12913-020-05441-w. Acesso em 19 out. 2020

GREENE, J.C. Is Mixed Methods Social Inquiry a Distinctive Methodology?. **Journal of Mixed Methods Research**, 2(1), 7–22, 2008. <https://doi.org/10.1177/1558689807309969>. Acesso em: 17 jul. 2019

GRECA, I.M. Discutindo aspectos metodológicos da pesquisa em ensino de ciências: algumas questões para refletir. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, v.2, n.1, p.73-82, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rbpec/article/view/4152>. Acesso em: 17 jul. 2019

GRIFFIN, R.W.; MOORHEAD, G. **Fundamentos do comportamento organizacional**. Ática, 2006.

HANSEN, E. **Successful Qualitative Health Research: a Practical Introduction**. Allen & Unwin, Sydney, 2006.

HARTMANN, C.W. et al. Relationship of Hospital Organizational Culture to Patient Safety Climate in the Veterans Health Administration. **Medical Care Research and Review**, Vol 66 N 3 June 2009 320-338. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558709331812>> Acesso em: 16 dez. 2019

HARTMANN, C.W. et al. An overview of patient safety climate in the VA. **Health Serv Res**, 43(4):1263-1284. 2008. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2008.00839.x. Acesso em: 16 dez. 2019

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; 18(2): 258-65, 2019 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>. Acesso em: 12 out. 2019

HEDSKÖLD, M. et al. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. **BMC Health Services Research**, Londres, v.12, n.332, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23964867>. Acesso em: 10 dez 2019

HELLINGS, J et al. Challenging patient safety culture: survey results. **Int J Health Care Qual Assur.** 20(7):620-32, 2007. DOI: 10.1108/09526860710822752. Acesso em 12 nov. 2020

HOUSE, R.J; WOYCKE, J; FODOR, E.M. Charismatic and noncharismatic leaders: differences in behavior and effectiveness. In **J. A. Conger & R. N. Kanungo, The Jossey-Bass management series. Charismatic leadership: The elusive factor in organizational effectiveness.** Jossey-Bass. (p. 98–121). 1988. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1988-98415-004>. Acesso em: 13 jun. 2019

HULLEY, B.S.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.G.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica.** 4.ed, Porto Alegre: Artmed, 2015.

HYRKÄS K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; OKSA, L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. **Int J Nurs Stud**, 40(6):619-625, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. **Patient safety: achieving a new standard for care.** [Internet] EUA: IOM; 2004. Disponível em: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10863&page=R22. Acesso em: 12 jun. 2019

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.

ITO, S. et al. Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. **BMC Health Services Research**, v.11, n. 28, 2011. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-28>. Acesso em: 10 dez. 2019

JACKSON, J.; SARAC, C.; FLIN, R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. **Curr Opin Crit Care**, 16(6):632-8, 2010. DOI: 10.1097/MCC.0b013e32833f0ee6. Acesso em: 13 dez. 2019

JERICO, M.C.; PERES, A.M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Rev. esc. Enferm**, USP, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 569-577, Set, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300022>. Acesso em: 02 fev. 2020.

JOVENTINO, E.S. Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. 2010. 242 f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

KAWANO, T. et al. Improvement of teamwork and safety climate following implementation of the WHO surgical safety checklist at a university hospital in Japan. **J Anesth**. 28(3):467-70. 2014. doi: 10.1007/s00540-013-1737-y. Acesso em: 29 set. 2020.

KARADEMIRLER, Y.; MANAV, G. Perceptions and Factors Affecting Patient Safety Culture of Employees in Pediatric Services. **The Journal of Pediatric Research**. 7:301-308, 2020. DOI: 10.4274 / jpr.galenos.2019.77699. Acesso em: 29 set. 2020.

KAWAMOTO, A.M. et al. Liderança e cultura de segurança do paciente: percepções de profissionais em um hospital universitário. **J. res.: fundam. care**. online 2016. abr./jun. 8(2):4387-439.8. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4387-4398>. Acesso em: 29 set. 2020

KERR, E.A. "Diabetes Care Quality in the Veterans Affairs Health Care System and Commercial Managed Care: The TRIAD Study". **Annals of Internal Medicine**, 141 (4): 272–81, August 17, 2004. doi:[10.7326/0003-4819-141-4-200408170-00007](https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-4-200408170-00007). Acesso em: 13 out. 2019

KERN, F. G. The Trials and Tribulations of Applied Triangulation: Weighing Different Data Sources. *Journal of Mixed Methods Research*, 12(2), 166–181. 2018. <https://doi.org/10.1177/1558689816651032>. Acesso em: 27 fev. 2020

KETIS, Z. K. et al. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. **BMC Health Serv Res.**, v. 17, n. 36, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237240/pdf/12913_2016_Article_197_2.pdf. Acesso em: 13 set. 2019

KETTLES, A.M.; CRESWELL, J.W.; ZHANG, W. Mixed methods research in mental health nursing. **J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]**. 2011 [cited 2020 dez 31]; 18(6):535-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21749560>. Acesso em: 31 dez 2020

KILMANN, R.H.; MITROFF, I.I. Qualitative versus Quantitative Analysis for Management Science: Different Forms for Different Psychological Types. **Interfaces**, 6(2), 17–27. 1976. DOI: <<https://doi.org/10.1287/inte.6.2.17>>. Acesso em: 27 fev. 2020

KURCKGANT, P.; CIAMPONE, M.H.T. A pesquisa na área de Gerenciamento em Enfermagem no Brasil. **Rev Bras Enferm**, mar-abr; 58(2):161-4, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000200006>. Acesso em: 30 mai. 2019

KOLANKIEWICZ, A.C. et al. Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paul Enferm**, 30(5):531-7, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700076>. Acesso em: 30 mai. 2019

KNIHS, N.S.; CABRAL, A.S.; MAGALHÃES, A.L.P, et al. Assessment of safety culture in organ donation. **Rev. Bras. Enferm**, 73(2): e20180514, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0514. Acesso em: 27 jul. 2020

LANCASTER, R.T et al. Liver Resection in Veterans Affairs and Selected University Medical Centers: Results of the Patient Safety in Surgery Study. **Journal of the American College of Surgeons**, 204 (6): 1242–51. June 1, 2007. DOI:[10.1016/j.jamcollsurg.2007.02.069](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2007.02.069). PMID [17544082](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17544082/). Acesso em: 27 jul. 2020

LASCHINGER, H.K.; SMITH, K.M. The influence of authentic leadership and empowerment on new-graduate nurses' perceptions of interprofessional collaboration. **J Nurs Adm**, 43(1):24-9, 2013.

DOI: [10.1097/NNA.0b013e3182786064](https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182786064). Acesso em: 30 mai. 2019

LI, S.; MARGUAT, J.M.; ZERCHER, C. Conceptual issues and analytic strategies in mixed-methods studies of preschool inclusion. **Journal of Early Intervention**, 23(2), 116–132. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1177/105381510002300206>. Acesso em: 27 fev. 2020

LIMA, D.V.M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Online braz. J. nurs. (Online)**; 10(2) abr-ago. 2011.

LIMA, R.S. et al. Gerenciar unidade de internação hospitalar: o que pensam os enfermeiros?. **Enferm Cent OMin**, 6(2):2190-8, 2016. DOI:

<https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.1128>. Acesso em: 14 out. 2019

LEMOS, G.C. et al. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 8/2600, 2018. DOI: 10.19175/recom.v7i0.2600. Acesso em: 14 out. 2019

LI, S.; MARQUART, J.M.; ZERCHER, C. Conceptual Issues and Analytic Strategies in Mixed-Method Studies of Preschool Inclusion. v 23(2): 116-132, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1177/105381510002300206>. Acesso em: 20 jun. 2020

LOURENÇÃO, D.C.A.; BENITO, G.A.V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, 63(1): 91-7, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a15.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019

LONGMAN, P. **Best care anywhere**. Berrett-Koehler Publishers, 2010.

LOPEZ, E.C.M.S. et al. Culture of patient safety in surgical units of teaching hospitals. **REME - Rev Min Enferm**. 2020;24:e1298. DOI: 10.5935/1415-2762.20200027

LORENZINI, L. Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos – **Tese** (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

MACEDO, T.R. et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergência pediátrica. **Rev. esc. enferm. USP**, 50(5):756-762, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0080-6234201600006000077>. Acesso em: 14 out. 2019

MALUFE, J.R.; GATTI, B.A. (1987), op. Cit. In: **Diagnóstico da cultura organizacional: o impacto dos valores organizacionais no desempenho das terceirizações**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

MANSE, T.; BRÖSTERHAUS, M.; HAMMER, A. You can't improve what you don't measure: Safety climate measures available in the German-speaking countries to support safety culture development in healthcare. **Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFG)**, Bonn, v. 114, p. 58-71, 2016. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S186592171630143X?via%3>

Acesso em: 10 dez 2019.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5a ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.

MASCHEREK, A.C.; SCHWAPPACH, D.L.B. Patient safety climate profiles across time: Strength and level of safety climate associated with a quality improvement program in Switzerland—a cross-sectional survey study. **PLoS One**, Jul 28;12(7):e0181410, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0181410. Acesso em 15 dez. 2019

MARX, D. **Patient safety and the ‘just culture’: a primer for health care executives**. New York: Columbia University; 2001.

MARX, D. Patient Safety and the Just Culture. **Obstet Gynecol Clin N Am**, 46 239–245, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.01.003>. Acesso em 15 dez. 2019

MEDEIROS, R.K.S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV - n.º 4 - jan./fev./mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayo_saturacao.pdf. Acesso em: 16 dez. 2019

MOURA, E.R.F. et al. Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, 11(4), 435-443, 2008. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/156>. Acesso em: 07 nov. 2020

MORORÓ, et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul Enferm**, 30(3):323-32, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300323&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 02 fev. 2020

MORETÃO, D.I.C. A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde. Belo Horizonte. **Dissertação** [Mestrado] - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BBTR7U/1/diene_in_s_carvalho_moret_o.pdf. Acesso em: 09 dez. 2020

MOTTA, P.B. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 15a ed. Rio de Janeiro: Record; 2004.

MUNHOZ, O.C. Estresse ocupacional e cultura de segurança: tendências para contribuição e construção do conhecimento em enfermagem. **ABCS Health Sci**, 43(2):110-116, 2018. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcs.hs.v43i2.991>. Acesso em 28 jun. 2019.

MYERS, M.D.; NEWMAN, M. "The qualitative interview in IS research: Examining the craft". **Information and Organization**, vol.7, 2007, pp. 2-26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2006.11.001>. Acesso em: 18 out. 2020

NASCIMENTO, L.F.; CAVALVANTE, M.M.D. Abordagem quantitativa na pesquisa em educação: investigações no cotidiano escolar. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, São Cristóvão, Sergipe, Brasil, v. 11, n. 25, p. 251-262, abr./jun. 2018 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20952/revtee.v11i25.7075>. Acesso em 28 jul. 2020

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safe-ty in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care**, v.12, 2003. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17. Acesso em: 21 set. 2018.

NILSSON, U. et al. The Swedish Safety Attitudes Questionnaire—Operating Room Version: Psychometric Properties in the Surgical Team. **Journal of PeriAnesthesia Nursing** 33(6), 2018. DOI: [10.1016/j.jopan.2017.09.009](https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.009). Acesso em: 27 nov. 2019

OCCELLI, P. et al. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safe-ty Culture questionnaire. **Int J Qual Health Care**. v.25, n.4, p.459-68, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23833029>. Acesso em: 10 dez 2019

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 18, núm. 1, enero-marzo, pp. 122-129, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>. Acesso em: 17 ju. 2019.

OLIVEIRA, J.L. et al. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. **Einstein**. 15(1):50-7, 2017. DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3871. Acesso em: 17 ju. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Avaliação dos Programas de Saúde**: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestação para o desenvolvimento nacional de saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Final Technical Report**. [Internet] Geneva: WHO; 2009 [acesso em 21 jul 2016]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010. Acesso em: 17 ju. 2019

PAGANI, S.; CROZETA, K.F.; CRISIGIOVANNI, A.B.R et al. Cultura de segurança do paciente: avaliação de enfermeiros* Culture of patient safety: evaluation of nurses. **Rev Rene**. 20:e3978, 2019. Acesso em: 17 ju. 2019

PANAGOS, P.G.; PEARLMAN, S.A. Creating a Highly Reliable Neonatal Intensive Care Unit Through Safer Systems of Care. **Clin Perinatol**, 44(3):645-662, 2017. DOI:10.1016/j.clp.2017.05.006. Acesso em: 19 jul. 2019

PARANHOS, R. et al. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias online**, Porto Alegre, v 18, n 42, p 384-411, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/15174522-018004221>. Acesso em: 20 mai. 2020

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UnB; 1997.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, Edição Especial, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 43(Esp.), 992-999, 2009.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

PATTON, M. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. 2nd edn Sage, Newbury park, California, 1990.

PAVAN, N.F. et al. Patient safety culture in kidney transplant patients in western Santa Catarina. **Acta paul. enferm.** [Internet]. 32(4):398-405, 2019. DOI: 10.1590/1982-0194201900055. Acesso em: 19 jul. 2019

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para segurança do paciente. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 23-31. Acesso em: 19 jul. 2019

PEREIRA, L.A. et al. Nursing and leadership: perceptions of nurse managers from a hospital in Southern Brazil. **Rev Pesq Cuid Fundam. Online**, 7(1):1875-82, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1875-1882>. Acesso em: 19 mai. 2019

PFEIFFER, Y.; MANSER, T. Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. **Safety Science**, v. 48, p. 1452-1462, 2010. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0925753510001694/1-s2.0-S0925753510001694-main.pdf?_tid=2484f368-af4e-40a3-ae6b-09b4ca624be2&acdnat=1537112775_8710e41e8012a73925c7aec3b2ec58fb. Acesso em: 10 dez. 2019

POLEY, M.J et al. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatr Crit Care Med*, Vol. 12, No. 6, 2011. DOI: [10.1097/PCC.0b013e318220afca](https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e318220afca). Acesso em: 19 dez. 2020

POLIT, D.F, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, 29:489-497, 2006.

POLIT, D.F.; Beck C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

PUMAR-MÉNDEZ, M.J.; ATTREE, M.; WAKEFIELD, A. Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: a review of the literature. **Nurse Educ Today**, 34(2):162-170, 2014. DOI: [10.1016/j.nedt.2013.08.008](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.008).

Acesso em: 15 nov. 2020

PROFIT, J. et al. Neonatal intensive care unit safety culture varies widely. **Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed**, 97:F120–F126, 2012. DOI:10.1136/archdischild-2011-300635. Acesso em: 10 jul. 2019

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. **J Crit Care**, 28(1):51-61. 2013. DOI: 10.1016/j.jcrc.2012.04.013. Acesso em: 14 jul. 2020

R CORE TEAM. **R: A Language and Environment for Statistical Computing**. Tradução. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2019.

RAMOS, R.R.; CALIDGID, C.C. Patient safety culture among nurses at a tertiary government hospital in the Philippines. **Appl Nurs Res**. 2018;44:67-75. DOI: 10.1016/j.apnr.2018.09.007. Acesso em: 23 jul. 2019

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, 320(7237):768–70, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>. Acesso em: 23 jul. 2019

REIS, C.L et al. A interface da cultura de segurança na gestão de qualidade: um estudo bibliográfico. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju v.5, n.1, p. 103-116, 2018. Disponível em:

<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5315/3076>>. Acesso em: 23 jul. 2019

REIS, C.T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p. 2199-2210, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/19.pdf/doi.org>. Acesso em: 09 dez. 2019

REIS, C. T. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 11, e00115614, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>. Acesso em: 08 ago. 2019

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(7):2029-2036, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>. Acesso em: 27 jan. 2021

REIS, G.A.X. et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto Contexto Enferm**, 26(2):e00340016, 2017. DOI:<https://doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>. Acesso em 10 dez 2019

ROBIDA, A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. **Int. J Qual Health Care**, v. 25, n.4, p. 469-75, 2013. Disponível em:

<https://academic.oup.com/intqhc/article/25/4/469/1799458>. Acesso em: 07 dez 2019.

ROSEN, A.K. et al. Hospital Safety Climate and Safety Outcomes: Is There a Relationship in the VA?. **Medical Care Research and Review**, 67(5), 2010. DOI: 10.1177/1077558709356703. Acesso em 15 dez 2019

ROZADOS, H.F. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. Em *Questão*, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 64-86, set/dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.19132/1808-5245213.64-86>. Acesso em 02 set. 2020

RUBIO, D.M. et al. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, 27(2), 94-105, 2003. Disponível em: <http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.short>. Acesso em 17 nov 2020

RUCIMAN, W.B. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care**, 21(1):2-8, 2009. DOI: [10.1093/intqhc/mzn057](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057). Acesso em 15 ago. 2019

RUNCIMAN, W.B. Shared meanings: preferred terms and definitions for safety and quality concepts. **Med J Aust**, 184(10 Suppl):S41–S43, 2006. DOI: [10.5694/j.1326-5377.2006.tb00360.x](https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00360.x). Acesso em 15 ago. 2019

RUSSO, G.M. **Diagnóstico da cultura organizacional: o impacto dos valores organizacionais no desempenho das terceirizações**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

SAUERBRONN, J.F.R. Diga-me o que publicas e te direi quem és: Perspectivas e resistências na publicação da produção de conhecimento em Marketing. *Revista de Negócios*, 18(1). 2013. Disponível em <<https://doi.org/10.7867/1980-4431.2013v18n1p42-52>>. Acesso em: 15 jun, 2020

SANTIAGO, T.H.; TURRINI, R.N. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, 49(Esp):123-130, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000700018. Acesso em: 07 mai. 2019

SANTOS, J.L.G et al. Pesquisa de métodos mistos na América Latina: Iniciativas e oportunidades de expansão. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 29, e20200101, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0001-0001>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

SANTOS, J.L.G. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enferm**, 26(3):e1590016, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>. Acesso em: 29 dez. 2020

SANTOS, P.R. et al. Ensino do gerenciamento e suas implicações à formação do enfermeiro: perspectivas de docentes. **Cienc Cuid Saúde**, 16(1), 2017. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v16i1.33381>. Acesso em: 09 jul. 2020

SANTOS, C.J. et al. A influência da comunicação na cultura organizacional: revisão sistemática da literatura. **Revista EDaPECI**, São Cristóvão (SE) v.18. n. 3, p. 6-18, set./dez 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.29276/redapeci.2018.18.310082.6-187>. Acesso em: 09 jul. 2020

SATO, T.A.T. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: uma reflexão. **J Nurs Health**. 7(2):101-3, 2017. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.15210/JONAH.V7I2.11584](https://doi.org/10.15210/JONAH.V7I2.11584). Acesso em: 27 jan. 2021

SEXTON, J.B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, 6(44), 2006. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>. Acesso em: 7 jan. 2020

SILVA-BATALHA, E.M.S.; MELLEIRO, M.M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. Texto contexto - Enferm. vol.24 no.2 Florianópolis Apr./June 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>. Acesso em: 07 abr. 2019

SILVA, A.T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>. Acesso em: 10 jul. 2019

SILVA, E. M.; CRUZ, E. D. A.; ALPENDRE, F. T.; BATISTA, J. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. REME - Rev Min Enferm. v. 24, p. e1298, 2020. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200027>. Acesso em: 11 mar. 2021

SILVA, E.; VALENTIM, M.G. A contribuição dos sistemas de inovação e da cultura organizacional para a geração de inovação. **Inf. Inf Londrina**, v. 23, n. 1, p. 450 – 466, jan./abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1981-8920.2018v23n1p450>. Acesso em 10 jul. 2019

SILVA, N.D.M. et al. Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas*. **Rev Esc Enferm USP**, 50(3):490-497, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400016>. Acesso em: 10 jul. 2019

SILVA, P.L. et al. Produção científica no Brasil acerca da cultura de segurança do paciente. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 54, n. 1, p. 37-44, out./dez, 2017. Acesso em 12 jul. 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/5>. Acesso em: 10 jul. 2019

SILVA, T. Methodological approaches of climate assessment studies and patient safety culture in hospital services: a scoping review protocol. 2020. Available from: <https://mfr.osf.io/render?url=https://osf.io/3pjnb/?direct%26mode=render%26action=download%26mode=render>

SINGER, S. et al. Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey. *Health Serv Res*. 42(5): 1999–2021, 2007. DOI: [10.1111/j.1475-6773.2007.00706.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00706.x)

SINGER, S. et al. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res*, 44:399-421, 2009. DOI: [10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x). Acesso em: 28 out. 2019

SINGER, S. et al. Comparing Safety Climate between Two Populations of Hospitals in the United States. *HSR: Health Services Research*, 44:5, Part I (October 2009). DOI: [10.1111/j.1475-6773.2009.00994.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.00994.x). Acesso em: 16 dez. 2019

SCARPARO, A.F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene*, 13(1):242-251. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281497981_Reflexoes_sobre_o_uso_da_tecnica_Delphi_em_pesquisas_na_enfermagem>. Acesso em 04 set. 2020

SCHEIN, E.H. **Guia de sobrevivência da Cultura corporativa**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

SCHEIN, E.H. **Organizational culture and leadership**. São Francisco: Jossey-Bass, 1985, p.168.

SCHEIN, Edgar H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: JosseyBass Publishers, 1993.

SCHULZ, A.J. et al. Community-Based Participatory Planning Process and Multilevel Intervention Design: Toward Eliminating Cardiovascular Health Inequities. *Health Promot Pract.*, v.12, n.6, p.900-911, 2011. DOI: [10.1177/1524839909359156](https://doi.org/10.1177/1524839909359156). Acesso em: 22 mar. 2020

SPRATT, C.; WALKER, R.; ROBINSON, B. Mixed research methods. *Practitioner Research and Evaluation Skills Training in Open and Distance Learning*. Commonwealth of Learning, 2004. Disponível em: <http://oasis.col.org/bitstream/handle/11599/88/A5%20workbook.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 fev. 2020

STEPHENSON, S. "John W. Creswell". **Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health**. Retrieved 2018-06-16. Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/John_W._Creswell

SHEKELLE, P.G. et al. Comparison of Quality of Care in VA and Non-VA Settings: A Systematic Review. VA Evidence-based Synthesis Program Reports. Washington (DC): **Department of Veterans Affairs (US)**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49108/>. Acesso em 13 out. 2019.

SHEPARD, L.H. Creating a foundation for a just culture workplace. *Nursing*, 41:46–8, 2011. DOI: [10.1097/01.NURSE.0000396283.89669.44](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000396283.89669.44). Acesso em 15 mai. 2019

ŠKLEBAR, I. et al. How to improve patient safety culture in croatian hospitals?. **Acta Clin Croat**, v. 55, p.370-380, Zagreb, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ca41/314a1ff3da254dc7384e56a5d9728705b411.pdf>. Acesso em: 10 dez 2019

SMITS, M. et al. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals, **BMC Health Services Research**, v.8, n. 230, 2008. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-8-230> Acesso em: 10 dez 2018

SOARES, A.C. A influência da cultura organizacional, das características de liderança e do marketing interno da performance organizacional. **Dissertação**. 2018. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22016/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>

SORRA, J. S.; NIEVA, V. F. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: **Agency for Healthcare Research and Quality**, 2004. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>. Acesso em 28 out. 2019.

TARLING, M. et al. Comparing safety climate for nurses working in operating theatres, critical care and ward areas in the UK: a mixed methods study. **BMJ Open**. 2017;30;7(10):e016977. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016977. Acesso em 10 nov. 2020.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. Putting the human back in "Human Research Methodology": the researcher in mixed. **Journal of Mixed Methods Research**, v.4, n.4, p.271-277, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/1558689810382532>. Acesso em 13 set. 2020.

TELEŞ, M.; KAYA, S. Staff perceptions of patient safety culture in general surgery departments in Turkey. **Afr Health Sci**. 19(2):2208-2218, 2019. DOI: 10.4314/ahs.v19i2.46. Acesso em: 10 nov. 2020.

TENORIO, M., MELLO, G.A., VIANA, A.L. Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5):1441-1454, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.33342016 Acesso em: 05 dez. 2019.

TOBIAS, G.C.; BEZERRA, A.L.Q.; MOREIRA, I.A. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 10(3):1071-9, mar., 2016. DOI: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201617. Acesso em: 09 jul. 2019.

TOSO, G.L. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, dez;37(4):e58662, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>. Acesso em: 05 dez. 2019.

TURNER, S.F.; CARDINAL, L.B.; BURTON, R.M. Research Design for Mixed Methods. *Organizational Research Methods*, 20(2), 243–267. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1094428115610808>>. Acesso em: 08 jul. 2019.

TREVISAN, M.A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. **Rev. bras. enferm.** [online]. vol.40, n.4, pp.204-209, 1987. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671987000400005>. Acesso em: 14 mai. 2019.

TREVISO, P. et al Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Rev. Adm. Saúde**, Vol. 17, Nº 69, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.59>. Acesso em: 28 jan. 2021

TRIVEDI, A. et al. Systematic Review: Comparison of the Quality of Medical Care in Veterans Affairs and Non-Veterans Affairs Settings. **Medical Care**, 49 (1): 76–88. 2011 [doi:10.1097/mlr.0b013e3181f53575](https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e3181f53575). Acesso em: 16 jul. 2020

TRIVEDI, A.N.; GREBLA, R.C. Quality and Equity of Care in the Veterans Affairs Health-Care System and in Medicare Advantage Health Plans. **Medical Care**, 49 (6): 560–8. 2011. DOI: [10.1097/MLR.0b013e31820fb0f6](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820fb0f6). Acesso em: 16 jul. 2020

TROSTLE, J.; BRONFMEN, M.; LANGER, A. How do researchs influence decision-makers? Case studies of Mexicam policies. *Health Policy and Planning*, 14(2):103-114. 1999. DOI: [10.1093/heapol/14.2.103](https://doi.org/10.1093/heapol/14.2.103). Acesso em: 16 jul. 2020

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Carvalho YM, Minayo MCS, Drumond Jr M, Akerman M., organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 968. Acesso em: 17 jul. 2020

WAGNER, J.; HOLLENBECK, J. **Organizational Behavior: Securing Competitive Advantage**. South-Western College Publishers, USA, 2004.

WAMI, S.D. et al. Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. **BMC Health Serv Res**, 16:495. 2016. DOI: 10.1186/s12913-016-1757-z. Acesso em: 24 mai. 2019

WATCHER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

WATERSON, P. et al. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. **Qual Saf Health Care**, v. 19, e2, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20211960>. Acesso em: 10 dez. 2019.

WATKINS, K.K. et al. The Quality of Medication Treatment for Mental Disorders in the Department of Veterans Affairs and in Private-Sector Plans. **Psychiatric Services**. 67 (4): 391–96, 2015. DOI: [10.1176/appi.ps.201400537](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400537). Acesso em: 18 out. 2019.

WEISS, C.H. The many meanings of research utilization. **Public Administration Review**, September/October, 426 a 431, 1979. DOI: <https://doi.org/10.2307/3109916>. Acesso em: 18 out. 2019.

WILKINSON, J.M.; LEUVEN, K.V. **Fundamentos de Enfermagem: pensando e fazendo**. Ed Roca, 1 ed, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for the Eastern Mediterranean. **Patient safety assessment manual**. 2nd ed, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient Safety Making health care safer. 2017. Disponível em <<http://www.who.int/patientsafety/publications/patient-safety-making-health-caresafes/en/>>. Acesso em 07 nov 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy**: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Europe. Health promoting hospital working for health: **The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals**. [Internet] Vienna: 1997. Disponível em: http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/hph/Viena_Recommendation.pdf. Acesso em: 09 dez. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety research: introductory course - Session 1**. What is patient safety? [place unknown]: WHO; 2012. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Geneva: WHO; 2008. Acesso em: 09 dez. 2019

WYND, C.A.; SCHAEFER, M.A. The Osteoporosis Risk Assessment Tool: establishing content validity through a panel of experts. **Appl Nurs Res**, 16(2):184-188; 2002.

XIE, J.F. et al. Safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. **Nurse Education in Practice**, 27:128–133, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.003>. Acesso em: 03 jun. 2019

ZAMBIAZI, B.R.B; COSTA, A.M. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. **Revista administração e saúde**, Paraná, v. 15, n. 61, Out/Dez. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-745019>. Acesso em: 05 abr. 2020

ZENERE, A. et al. Assessing safety culture in NICU: psychometric properties of the Italian version of Safety Attitude Questionnaire and result implications. **J Eval Clin Pract**, v. 22, n. 2, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.12472>. Acesso em: 12 set. 2019.

ZHOU, P. et al. Survey on patient safety climate in public hospitals in China. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 53, p.1-10, 2015. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0710-x>

Acesso em: 10 dez 2019.

ZHOU, P. et al. Patient safety climate in general public hospitals in China: differences associated with department and job type based on a cross-sectional Survey. **BMJ Open**, 8:e015604, 2018. DOI:10.1136/bmjopen-2016-015604.

Acesso em: 08 dez 2019.

ZHU, J. et al. Development of a patient safety climate survey for Chinese hospitals: cross-national adaptation and psychometric evaluation. **BMJ Qual Saf**, v. 23, p. 847-856, 2014. Disponível em:

<https://qualitysafety.bmj.com/content/23/10/847>. Acesso em: 08 dez 2019

APÊNDICE 1 – ORIENTAÇÕES PARA O CONSENTIMENTO EM ESTUDOS EM VIGÊNCIA DA PANDEMIA DA COVID-19

ORIENTAÇÕES PARA A OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO EM ESTUDOS DA ÁREA BIOMÉDICA RELACIONADOS À COVID-19

Frente ao cenário da pandemia provocada pelo novo coronavírus, e em decorrência dos novos desafios éticos impostos pelos protocolos de pesquisa relacionadas à Covid-19, faz-se necessário trazer os seguintes esclarecimentos e orientações para os estudos da área biomédica.

6.1. A tomada de consentimento para a participação em pesquisa é procedimento obrigatório previsto na Resolução CNS nº 466 de 2012 e em diversos documentos internacionais de referência em ética em pesquisa, salvo quando a dispensa de consentimento é previamente autorizada pelo Sistema CEP/Conep mediante justificada solicitação do pesquisador.

6.2. No caso de pacientes gravemente enfermos e internados em UTI, impossibilitados de consentir, deve-se realizar a tomada de consentimento dos responsáveis legais.

6.3. No cenário dos ensaios clínicos, a realização de consentimento exclusivamente “a posteriori” não é adequada, haja vista não ser possível reverter a intervenção experimental realizada no participante da pesquisa.

6.4. Frente à situação de emergência sanitária decretada no país, e ponderando o potencial benefício aos participantes de pesquisa, a Conep entende ser admissível, NESTE MOMENTO PARTICULAR, proceder com formas alternativas no processo de consentimento para os estudos realizados em pacientes afetados pela Covid-19, impossibilitados de fornecer o consentimento, em que os responsáveis legais estão distantes ou em isolamento social. As alternativas para a condição específica descrita são:

- a) Encaminhamento do consentimento por meios digitais, com devolução do documento devidamente assinado em cópia digital;
- b) Consentimento em plataforma eletrônica;
- c) Consentimento gravado (por telefone ou aplicativo de comunicação).

6.5. As formas alternativas de consentimento devem estar descritas no projeto de pesquisa submetido ao Sistema CEP/Conep.

6.6. Independentemente da forma de consentimento, caberá ao pesquisador manter em seus arquivos a comprovação do consentimento, seja por via digital, eletrônica ou gravada. Tão logo seja possível, a equipe de pesquisa TAMBÉM deverá tomar o consentimento dos responsáveis legais em meio físico.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE



TÍTULO: Modelo de diagnóstico de cultura de segurança do paciente: uma abordagem de métodos mistos

PESQUISADORA: Enfª Thaiane Almeida Silva

ORIENTADORA: Profª Drª Karla Crozeta

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Prof.^a Dr.^a Karla Crozeta, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná e a Enf.^a Thaiane Almeida Silva, mestranda acadêmica, convidamos o(a) Senhor(a) para participar de um estudo intitulado **“Modelo de diagnóstico de cultura de segurança do paciente: uma abordagem de métodos mistos”**, a pesquisa em como objetivos:

- a) Propor um modelo de diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal utilizando a abordagem de métodos mistos.
- b) Caso você participe dessa pesquisa, será preciso disponibilizar, no máximo, 30 minutos para responder o questionário.
- c) Você poderá desistir a qualquer momento de continuar a responder o questionário, isto não lhe causará nenhum prejuízo.
- d) Dentre os riscos que você poderá estar exposto no decorrer da entrevista poderão estar relacionados com um possível constrangimento com perguntas e o receio de ter suas opiniões expostas. Entretanto, as pesquisadoras comprometem-se e garantem a você a manutenção do anonimato, sigilo e da confidencialidade de suas informações.
- e) Os benefícios implicam na eticidade da pesquisa em considerar a sua relevância social, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos.
- f) As pesquisadoras Thaiane Almeida Silva, fone: 41 997699996, e-mail: enaiahtt@gmail.com, da Universidade Federal do Paraná, e a Profª Drª Karla Crozeta, e-mail: karla.crozetafigueiredo@gmail.com, responsáveis por este estudo poderão ser contatadas na Av. Lothário Meissner, 632, Bloco Didático II, Jardim Botânico, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) Senhor (a) possa ter, e fornecer-lhe as informações que necessita, antes, durante ou depois do encerramento do estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e caso não queira mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento, e solicitar que seja devolvido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que você assinou.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pelos pesquisadores e divulgadas em relatório ou publicação de trabalho em revistas científicas, mas, isso será

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____

feito de maneira codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantido o anonimato.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo o (a) Senhor(a) não receberá nenhuma quantia em dinheiro.

j) Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
Eu, _____, RG nº _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Concordo voluntariamente em participar deste estudo. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o prosseguimento da pesquisa com outros sujeitos.

Assinatura do participante de pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Curitiba, ____/____/____

APÊNDICE 3 – PRIMEIRA VERSÃO DO MODELO GRÁFICO DE DIAGNÓSTICO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E A NUMERAÇÃO DOS ITENS PARA ANÁLISE DOS JUÍZES



Link: https://drive.google.com/file/d/1-17uvWqJ7nedHld_x6jelnLIzyEuQDo0/view?usp=sharing

APÊNDICE 4 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO EXTRAÍDO DA PLATAFORMA SURVEY MONKEY® -TELA DADOS PROFISSIONAIS

Modelo Diagnóstico de Cultura de Segurança do Paciente - Rodada 1

Dados Profissionais

Antes de iniciar a avaliação, por favor preencha os campos abaixo. Esses dados não serão divulgados para os outros participantes e serão utilizados exclusivamente para fins de análise, evitando a duplicidade de respostas.

1 Esta pergunta exige uma resposta.

*** 1. Inclua as iniciais do seu nome completo**

1 Esta pergunta exige uma resposta.

*** 2. Sexo**

☐ Feminino

☐ Masculino

1 Esta pergunta exige uma resposta.

*** 3. Qual sua maior titulação?**

☐ Doutorado

☐ Mestrado

☐ Nutricionista

☐ Farmacêutico

1 Esta pergunta exige uma resposta.

*** 4. Qual sua profissão?**

☐ Enfermeiro

☐ Médico

☐ Fisioterapeuta

☐ Psicólogo

1 Esta pergunta exige uma resposta.

*** 5. Qual seu tempo de formação?**

☐ 1 a 5 anos

☐ 6 a 10 anos

☐ 11 a 15 anos

☐ Acima de 15 anos

APÊNDICE 5 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO EXTRAÍDO DA PLATAFORMA SURVEY MONKEY® -TELA DE AVALIAÇÃO

Modelo Diagnóstico de Cultura de Segurança do Paciente - Rodada 1

Avaliação do Item 1

Nesta seção serão avaliados os componentes "Layout", "Cor", "Fonte", "Conteúdo" do Item 1 "Título Geral".

Antes de iniciar a avaliação item a item, [clique aqui](#) para visualizar o modelo completo.

Mantenha-o aberto na aba ao lado ou faça download, é de suma importância que realize este passo antes de iniciar pois cada seção trará cada parte separadamente.

Item 1 - Título Geral

1- MODELO DIAGNÓSTICO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

*** 6. Sobre o Layout do item 1, você considera:**

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

★ ★ ★ ★

Para 1 ou 2 estrelas, especifique quais os pontos a serem considerados para readequação:

*** 7. Sobre as cores do item 1, você considera:**

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

★ ★ ★ ★

Para 1 ou 2 estrelas, especifique quais os pontos a serem considerados para readequação:

*** 8. Sobre a fonte do item 1, você considera:**

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

★ ★ ★ ★

Para 1 ou 2 estrelas, especifique quais os pontos a serem considerados para readequação:

*** 9. Sobre o conteúdo do item 1, você considera:**

Não adequado Pouco adequado Consideravelmente adequado Muito adequado

APÊNDICE 6 – E-MAIL CONVITE AOS ESPECIALISTAS



Thaiane Almeida Silva <thaiane.almeida@ufpr.br>

23/09/2020 20:56



Para: **[REDACTED]**



Olá **[REDACTED]**!

Sou Thaiane, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Sob orientação da Profa. Dra. Karla Crozeta Figueiredo, estamos desenvolvendo a pesquisa "Modelo de diagnóstico de cultura de Segurança do Paciente: uma abordagem de métodos mistos", vinculada à linha de pesquisa Gerenciamento dos Serviços de Saúde e Enfermagem.

O objetivo desta pesquisa é propor um modelo de diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente utilizando a abordagem de métodos mistos. Para isto, serão realizadas rodadas de consenso entre os especialistas que aceitarem participar, de modo assíncrono e totalmente por meio de plataforma digital.

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa na qualidade de juiz/especialista.

Caso você tenha interesse em participar, peço que me confirme ao responder este e-mail até o dia 29 de Setembro de 2020.

A sua participação será anônima, de modo que apenas as pesquisadoras saberão quem compõe o painel de especialistas.

Ao aceitar participar da pesquisa, será encaminhado ao seu e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, o qual deverá ser assinado e digitalizado ou enviado por meio de foto, ou ainda, o consentimento pode ser dado por meio da gravação de um áudio curto constando seu nome e o aceite em participar da pesquisa.

Após o envio formal do aceite de participação na pesquisa, irei lhe encaminhar o link do formulário, além de todas as instruções conforme as rodadas de consenso forem acontecendo. Eventuais dúvidas quanto ao TCLE e participação nas rodadas de avaliação serão esclarecidas por e-mail.

Caso queira, você pode sinalizar um e-mail alternativo que gostaria de utilizar para o contato.

Agradeço desde já sua colaboração em nossa pesquisa!

Atenciosamente,

Thaiane Almeida.

APÊNDICE 7 – E-MAIL COM INSTRUÇÕES PARA O INÍCIO DA PESQUISA

Instruções para o início da pesquisa - Modelo de diagnóstico de Segurança do Paciente.



Thaiane Almeida Silva <thaiane.almeida@ufpr.br>

01/10/2020 20:01



Para: [REDACTED]



TCLE.pdf
242,84 KB

Olá [REDACTED],

Agradecemos seu interesse em participar da pesquisa

"Modelo de diagnóstico de cultura de segurança do paciente: Uma abordagem de métodos mistos"

sob orientação da professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo, professora adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR.

Seguem as orientações para o início da pesquisa:

- O Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (anexo), deverá ser encaminhado a mim, através deste e-mail de contato. Seu consentimento poderá se dar

nas seguintes modalidades:

- 1 - Imprimir o arquivo em anexo -TCLE-, assinar, digitalizar (ou tirar foto legível) e encaminhar por e-mail.
- 2 - Assinar digitalmente

3 - Áudio curto contendo a seguinte informação de consentimento: " Eu, XXX, RG número XXXXX, declaro que li o termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo

"Modelo de diagnóstico de cultura de segurança do paciente: Uma abordagem de métodos mistos" sob orientação da professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o prosseguimento da pesquisa com outros sujeitos.

O áudio pode ser encaminhado por este e-mail ou, se preferir, pelo meu número pessoal de WhatsApp: (041)9-9769-9996.

- Após o consentimento, acesse o formulário de avaliação, disponibilizado na plataforma Survey Monkey:

<https://pt.surveymonkey.com/r/2P6NMK9>

- **PRAZO:** Trata-se da primeira rodada de consenso, este formulário poderá ser finalizado até **08 de Outubro de 2020.**

IMPORTANTE! Serão consideradas apenas as respostas dos participantes que enviarem o consentimento de participação na pesquisa.

Thaiane Almeida.

APÊNDICE 8 – E-MAIL COMUNICANDO LEMBRETE DA PRIMEIRA RODADA

Lembrete!! avaliação do modelo de diagnóstico de cultura de segurança



Thaiane Almeida Silva <thaiane.almeida@ufpr.br>

06/10/2020 19:51

Para: [REDACTED]



TCLE.pdf
242,84 KB

Olá [REDACTED], boa noite

Este e-mail é para lembrar sobre o prazo final da primeira rodada de avaliação do modelo de diagnóstico de cultura de segurança do paciente que encerra em 08 de Outubro.

- Após o consentimento, acesse o formulário de avaliação, disponibilizado na plataforma Survey Monkey:
<https://pt.surveymonkey.com/r/2P6NMK9>

Sua participação é de extrema relevância para nossa pesquisa!

Atenciosamente,
Thaiane.

APÊNDICE 9 – E-MAIL COMUNICANDO PRORROGAÇÃO DO PRAZO DA PRIMEIRA RODADA

Prorrogação do prazo de avaliação do modelo - Rodada 1



Thaiane Almeida Silva <thaiane.almeida@ufpr.br>

09/10/2020 15:15



Para: [REDACTED]



TCLE.pdf
242,84 KB

Olá, boa tarde

Espero encontrá-la bem!

Este e-mail é para informar que aqueles juízes que não conseguiram avaliar o modelo até o prazo estipulado 08-10-2020, terão até o dia 14-10-2020 para fazê-lo.

Esta medida foi empregada para aplicar justiça à alguns participantes que não receberam o e-mail de orientações da pesquisa dentro do prazo.

Se este e-mail chegou a você é porque não foi identificado até a data de 08-10-2020 o recebimento do TCLE.

- Após o consentimento, acesse o formulário de avaliação, disponibilizado na plataforma Survey Monkey:
<https://pt.surveymonkey.com/r/2P6NMK9>

Atenciosamente,
Thaiane.

APÊNDICE 10 – E-MAIL COMUNICANDO INÍCIO DA SEGUNDA RODADA

Olá Juiz! - Esta é a segunda rodada de avaliação do modelo diagnóstico de cultura de segurança do paciente!



Thaiane Almeida Silva <thaiane.almeida@ufpr.br>

05/11/2020 15:03



Para: [REDACTED]



Relatório Rodada 1.pdf
757,73 KB

Olá, [REDACTED]

Agradecemos sua participação como juiz da primeira rodada de consenso da pesquisa:

"Modelo de diagnóstico de Cultura de Segurança do Paciente: Uma abordagem de métodos mistos"

sob orientação da professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo, professora adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR.

Os dados foram analisados e nesta rodada, envio anexo o relatório contendo os esclarecimentos e sugestões que foram feitas para cada componente do modelo.

O modelo foi alterado conforme todas as sugestões recebidas, por termos compreendido a necessidade de clareza e objetividade.

O mesmo relatório assim como o modelo reajustado para a segunda versão está linkado no questionário.

A avaliação se dará similarmente à anterior através do preenchimento do questionário, no entanto, desta vez mais conciso.

Link para o questionário: <https://pt.surveymonkey.com/r/F655HWD>

APÊNDICE 11 – E-MAIL COMUNICANDO LEMBRETE DA SEGUNDA RODADA

Lembrete! - avaliação do modelo de diagnóstico de cultura de segurança do paciente



Thaiane Almeida Silva <thaiane.almeida@ufpr.br>

13/11/2020 13:28

Para: [REDACTED]

Olá, tudo bem?

Se encerra hoje o prazo para a avaliação da segunda rodada do modelo de diagnóstico de cultura de segurança do paciente, No entanto até o momento atingimos menos da metade dos respondentes da primeira avaliação e sua participação é muito importante para a conclusão da nossa pesquisa, por isso gostaria de saber, você precisa de mais prazo para responder ao questionário? Desta forma manteremos o formulário aberto por mais tempo!

A avaliação se dará similarmente à anterior através do preenchimento do questionário, no entanto, desta vez mais conciso.
Link para o questionário: <https://pt.surveymonkey.com/r/F655HWD>

Desde já agradeço sua colaboração!

APÊNDICE 12 – E-MAIL COMUNICANDO PRORROGAÇÃO DO PRAZO DA SEGUNDA RODADA

Olá [REDACTED], passei para dizer que poderá concluir a avaliação até domingo!



Thaiane Almeida Silva <thaiane.almeida@ufpr.br>

20/11/2020 18:33



Para: [REDACTED]

Olá [REDACTED], espero encontrá-la bem!

Este e-mail é para informar que o questionário ficará aberto até domingo, infelizmente não poderemos prorrogar além desta data devido ao prazo da pesquisa que está por se encerrar!

Peço sua colaboração nesta rodada para que o modelo seja construído com base nas avaliações de pessoas qualificadas para tal.

Link para o questionário: <https://pt.surveymonkey.com/r/F655HWD>

Agradeço pela sua participação e bom final de semana!

Thaiane,

APÊNDICE 13 – E-MAIL COM RELATÓRIO FINAL

Relatório final da avaliação do modelo misto de diagnóstico de cultura de segurança do paciente.



Thaiane Almeida Silva <thaiane.almeida@ufpr.br>

03/12/2020 19:50

Para: ~~Thaiane Almeida Silva~~



relatorio final juizes.pdf
906,35 KB

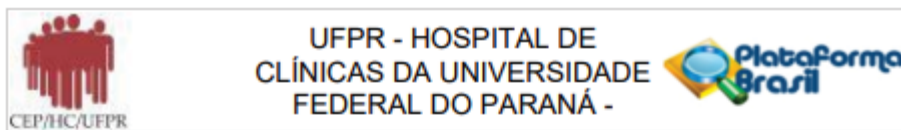
Olá, boa noite!

É com grande satisfação que venho comunicar que as rodadas de avaliação se encerraram. O modelo obteve consenso na segunda rodada e o resultados estão sendo encaminhados para você neste e-mail.

Agradeço a sua participação na pesquisa e aproveito para desejar-lhe Boas festas e que em 2021 possamos dar abraços despreocupados!

Atenciosamente,
Thaiane

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO DE DIAGNÓSTICO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA ABORDAGEM DE MÉTODOS MISTOS

Pesquisador: Karla Crozeta

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28895420.2.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.018.522

Apresentação do Projeto:

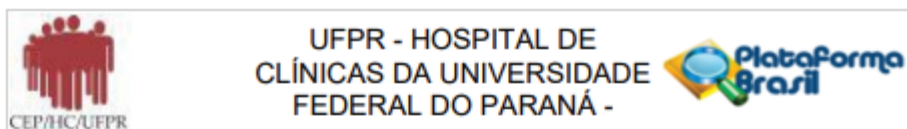
Trata-se de um projeto de Mestrado que visa avaliar a cultura de segurança no atendimento ao paciente e espera ao final obter um modelo válido para a realização do diagnóstico da cultura de segurança do paciente em Organizações de Saúde.

É uma pesquisa metodológica, com abordagem de métodos mistos do tipo sequencial explanatória, a ser realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do HC - UFPR a partir da aprovação do CEP até dezembro de 2021.

A avaliação da cultura de segurança do paciente tem sido explorada por pesquisadores da área da saúde, pois representa o primeiro passo para o fortalecimento do cuidado seguro, indispensável para a qualidade da assistência à saúde. A cultura de segurança necessita ser avaliada de modo sistemático, a fim de subsidiar ações mais assertivas de modo a contribuir para a assistência livre de danos. Método - pesquisa metodológica com abordagem de métodos mistos do tipo sequencial explanatória. Os participantes da pesquisa serão os profissionais da equipe multidisciplinar, atuantes na UTIn CHC - UFPR a um período superior a 6 meses. Aqueles que estiverem em férias, afastamento, licença gestação e demais licenças, bem como os profissionais que não forem localizados no período do estudo, serão excluídos da amostra.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

(Continua)



Continuação do Parecer: 4.018.522

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: propor modelo de diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente utilizando abordagem de métodos mistos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - ao participante, risco de constrangimento durante questionário e entrevista. Sem riscos clínicos.

Benefícios - melhoria e segurança na assistência prestada por Organizações de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Lista de pendências e adequações resolvida.

Tema adequado e importante pois visa benefícios no atendimento ao paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Período de realização da pesquisa - ok, corrigido conforme solicitado. Início previsto após aprovação do CEP até dezembro de 2021.
2. Local onde será realizada a pesquisa - ok, corrigido conforme solicitado.
3. Questionário e entrevista - ok, anexados ao projeto e esclarecido que a entrevista gravada terá seu conteúdo excluído permanentemente, o que também foi informado no TCLE.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas as pendências:

1. Cronograma corrigido - início da pesquisa após aprovação do CEP.
2. Questionário e entrevista incluídos no projeto.
3. Informado que material da entrevista será excluído após término da pesquisa - no projeto e no TCLE.

Todas as pendências foram atendidas. Projeto aprovado.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br

Página 02 de 05

(Continua)



**UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 4.018.522

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

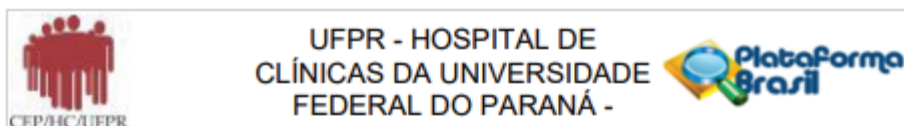
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1507052.pdf | 16/04/2020 20:19:57 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ADULTO_CORRIGIDO.docx | 16/04/2020 20:17:56 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | CHECKLIST_DOCUMENTAL_PROJETO_PESQUISA.pdf | 16/04/2020 20:16:50 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ADULTO_CORRIGIDO.pdf | 16/04/2020 20:15:39 | Karla Crozeta | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | Descricao_Correcao.pdf | 16/04/2020 20:15:29 | Karla Crozeta | Aceito |
| Brochura Pesquisa | PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO.pdf | 16/04/2020 20:11:43 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.docx | 10/02/2020 17:09:53 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAO_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUISA.docx | 10/02/2020 17:09:12 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | folha_de_rosto.docx | 10/02/2020 17:08:48 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CHECKLIST_DOCUMENTAL_PROJETO_PESQUISA.docx | 10/02/2020 17:07:37 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br

Página 03 de 05

(Continua)



Continuação do Parecer: 4.018.522

| | | | | |
|---|---|---------------------|-----------------------|--------|
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.docx | 10/02/2020 17:06:58 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_E NVOLVIDOS_UNIPED.docx | 10/02/2020 17:04:57 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_E NVOLVIDOS_SEVISP.docx | 10/02/2020 17:03:41 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_E NVOLVIDOS_UNIMULTI.docx | 10/02/2020 17:01:01 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | QUALIFICACAO_PESQUISADORES.docx | 10/02/2020 16:59:35 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | AUSENCIA_DE_CUSTO.docx | 10/02/2020 16:50:17 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ADULTO.docx | 10/02/2020 13:55:11 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DETALHADO.docx | 10/02/2020 13:42:45 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf | 10/02/2020 13:40:09 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | QUALIFICACAO_PESQUISADORES.pdf | 10/02/2020 13:38:30 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAO_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUISA.pdf | 10/02/2020 13:36:28 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | AUSENCIA_DE_CUSTOS.pdf | 10/02/2020 13:27:29 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_E NVOLVIDOS_SEVISP.pdf | 10/02/2020 13:25:50 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_E NVOLVIDOS_UNIMULTI.pdf | 10/02/2020 13:24:25 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Declaração de concordância | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_E NVOLVIDOS_UNIPED.pdf | 10/02/2020 13:22:42 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf | 10/02/2020 13:19:26 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 10/02/2020 13:16:04 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

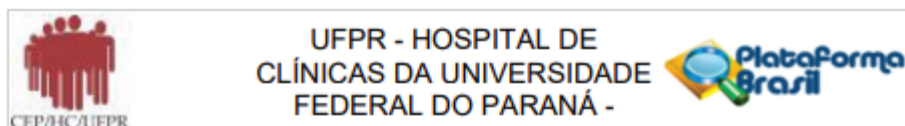
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br

Página 04 de 05

(Continua)



Continuação do Parecer: 4.018.522

CURITIBA, 10 de Maio de 2020

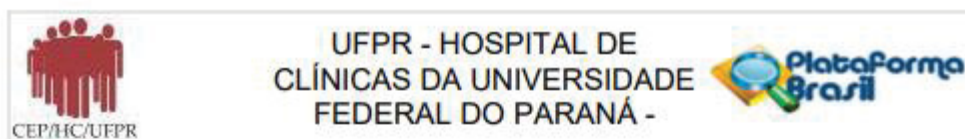
Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

Página 05 de 05

(Conclusão)

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIANDO DA EMENDA AO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: MODELO DE DIAGNÓSTICO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA ABORDAGEM DE MÉTODOS MISTOS

Pesquisador: Karla Crozeta

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 28895420.2.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.150.208

Apresentação do Projeto:

Emenda ao Projeto Original.

Projeto de Mestrado: "Modelo de diagnóstico de cultura de segurança do paciente: Uma abordagem de métodos mistos. Pesquisa metodológica, com abordagem de métodos mistos do tipo sequencial explanatória".

"Para viabilizar o desenvolvimento da pesquisa durante o enfrentamento da pandemia, a pesquisa foi redesenhada e optou-se pela inclusão de uma fase teórica de elaboração do Modelo de Diagnóstico de Cultura de Segurança do Paciente, previamente ao desenvolvimento da fase exploratória, que envolverá coleta de dados no CHC UFPR/ UTI NEONATAL, já contemplada no projeto aprovado por este Comitê de Ética".

Objetivo da Pesquisa:

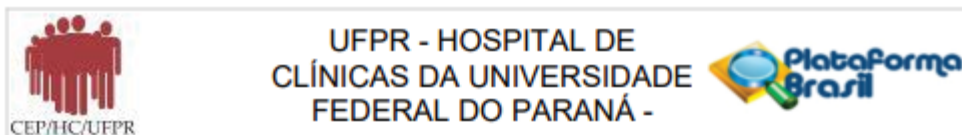
"Propor um modelo de diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente utilizando a abordagem de métodos mistos".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "de constrangimento durante a aplicação do questionário, entrevista e momentos de observação do processo de trabalho. A pesquisa não incorrerá em riscos clínicos".

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.080-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

(Continua)



Continuação do Parecer: 4.150.208

Benefícios: "melhoria da segurança na assistência prestada pelas Organizações de Saúde"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Alterações ao projeto devidamente descritas e justificadas, mantendo características originais do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inserção de TCLE aos especialistas, conforme critérios de inclusão e exclusão descritos.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

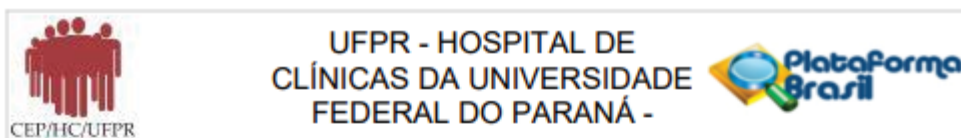
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação da Emenda.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

(Continua)



Continuação do Parecer: 4.150.208

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1589276_E1.pdf | 04/07/2020 15:22:29 | | Aceito |
| Outros | PROJETO_DETALHADO_original_eme nda_final.docx | 04/07/2020 15:18:09 | Karla Crozeta | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | EmendaProtocoloCEP.pdf | 04/07/2020 15:09:07 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ESPECIALISTAS_emenda.pdf | 04/07/2020 15:08:08 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ESPECIALISTAS_emenda.docx | 04/07/2020 15:07:54 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ADULTO_CORRIGIDO.docx | 16/04/2020 20:17:56 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | CHECKLIST_DOCUMENTAL_PROJETO_PESQUISA.pdf | 16/04/2020 20:16:50 | Karla Crozeta | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ADULTO_CORRIGIDO.pdf | 16/04/2020 20:15:39 | Karla Crozeta | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | Descricao Correcao.pdf | 16/04/2020 20:15:29 | Karla Crozeta | Aceito |
| Brochura Pesquisa | PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO.pdf | 16/04/2020 20:11:43 | Karla Crozeta | Aceito |
| Outros | CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.docx | 10/02/2020 17:09:53 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAO_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUISA.docx | 10/02/2020 17:09:12 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | folha_de_rosto.docx | 10/02/2020 17:08:48 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CHECKLIST_DOCUMENTAL_PROJETO_PESQUISA.docx | 10/02/2020 17:07:37 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.docx | 10/02/2020 17:06:58 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_E NVOLVIDOS_UNIPED.docx | 10/02/2020 17:04:57 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_E NVOLVIDOS_SEVISP.docx | 10/02/2020 17:03:41 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_E NVOLVIDOS_UNIMULTI.docx | 10/02/2020 17:01:01 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

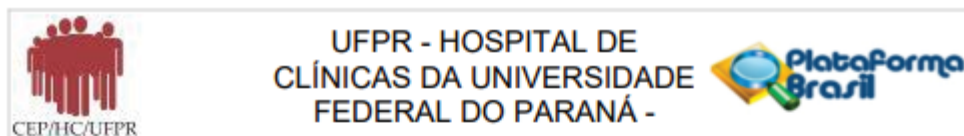
Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

(Continua)



Continuação do Parecer: 4.150.208

| | | | | |
|---|---|---------------------|-----------------------|--------|
| Outros | QUALIFICACAO_PESQUISADORES.docx | 10/02/2020 16:59:35 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | AUSENCIA_DE_CUSTO.docx | 10/02/2020 16:50:17 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_ADULTO.docx | 10/02/2020 13:55:11 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DETALHADO.docx | 10/02/2020 13:42:45 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf | 10/02/2020 13:40:09 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | QUALIFICACAO_PESQUISADORES.pdf | 10/02/2020 13:38:30 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAO_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUISA.pdf | 10/02/2020 13:36:28 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | AUSENCIA_DE_CUSTOS.pdf | 10/02/2020 13:27:29 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_ENVOLVIDOS_SEVISP.pdf | 10/02/2020 13:25:50 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Outros | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_ENVOLVIDOS_UNIMULTI.pdf | 10/02/2020 13:24:25 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Declaração de concordância | CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_ENVOLVIDOS_UNIPED.pdf | 10/02/2020 13:22:42 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf | 10/02/2020 13:19:26 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 10/02/2020 13:16:04 | Thaiane Almeida Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 12 de Julho de 2020

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br

(Conclusão)